

MAI 1902

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

- 259 — L'odyssée d'une typhoïdique..... *LeSage*
264 — Rein flottant, foie flottant par lithiase biliaire..... *O. Mercier*
264 — Deux cas de fracture de la colonne vertébrale..... *A. Mercier*
272 — Etude critique sur l'emploi du sérum antistreptococcique dans l'infection puerpérale. (*Suite*)..... *DeCotret*
286 — Une observation de hernie étranglée..... *Montpetit*
-

REVUE GÉNÉRALE.

- 291 — Indigestion — Embarras gastrique — Gastrites aiguës.....: *Herovieux*
-

ACTUALITÉS MÉDICALES.

- 296 — Premier Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.....
300 — American Medico-Psychological Association..... *Chagnon*
-

SOCIÉTÉS.

- 304 — La Société Médicale de Montréal — Rapport de la séance du 6 mai..... *Décarie*

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 308 — Collections sous-cutanées purulentes ou huileuses à bacille d'Eberth..... *LeSage*
 308 — L'odyssée d'un simulateur..... *Villeneuve*
 310 — De la santé des professeurs dans les écoles publiques — Fistule anale et tuberculose..... *Dubé*

OBSTÉTRIQUE.

- 312 — De la délivrance..... *LeSage*

PÉDIATRIE.

- 313 — Les convulsions de l'enfance..... *LeSage*

THÉRAPEUTIQUE.

- 315 — De la strychnine et de son emploi thérapeutique contre l'alcoolisme et l'adynamie nerveuse — Absorption des iodures par la peau — Traitement des rétrécissements de l'œsophage — Traitement des écoulements vaginaux par la levure de bière..... *LeSage*

PHARMACOLOGIE.

- 317 — Ipécacuanha, formules diverses.....

BIBLIOGRAPHIE.

- 318 — Clinique des maladies du système nerveux par le prof. Raymond—Conférences pour l'internat des hôpitaux de Paris—Les oxydations de l'organisme.

MEMOIRES

L'ODYSSÉE D'UNE TYPHOÏDIQUE (1)

OBSERVATION CLINIQUE

Par J.-A. LESAGE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans ces dernières années, la sémiologie s'est enrichie de signes précieux que la clinique hospitalière a appliqués d'une façon remarquable au diagnostic précis des maladies, spécialement des maladies infectieuses. Et parmi eux, un surtout, après un retentissement célèbre, a joui et jouit encore d'un prestige universel dans le monde scientifique: je veux dire le *séro-diagnostic de la fièvre typhoïde*.

Mais, comme pour toute innovation sérieuse, l'enthousiasme des premiers jours a fait place, dans certains milieux, à des hésitations malheureuses au point de vue du pronostic et que ne justifient pas des échecs par trop répétés. On s'en prend à la méthode alors que c'est l'analyse qui manque de précision ou le médecin qui manque de persévérance.

En effet, il y a quelques mois déjà, une conversation avec un de mes confrères de cette ville, praticien avisé, portant précisément sur le sujet qui nous occupe en ce moment, me fit croire qu'il y avait encore des doutes à dissiper, dans certains esprits, sur la valeur du *séro-diagnostic*.

Des échantillons de sang desséché adressés au bureau d'analyse de l'Hôtel-de-Ville et portant le diagnostic clinique de fièvre typhoïde lui avaient été retournés avec le signe négatif, alors que l'évolution ultérieure de la maladie ne pouvait entretenir aucun doute sur la nature de l'agent infectieux mis en cause.

Et vice versa: sur d'autres échantillons, l'analyste officiel avait écrit un diagnostic de fièvre typhoïde alors que la maladie avait évolué à la façon d'un simple embarras gastrique fébrile.

(1) Communication lue devant la Société Médicale de Montréal, séance du 6 mai 1902.

A tout événement, ces tergiversations, ajoutées à plusieurs autres, méritent qu'on s'y arrête un peu; aussi, ai-je pensé, avec notre aimable secrétaire... perpétuel... j'imagine, qu'il serait utile de publier l'observation suivante, car, à mon sens, elle comporte un enseignement clinique très-saisissant.

OBSERVATION.—Durant l'été de 1901, 27 septembre, on apporta, dans le service de médecine de l'hôpital Notre-Dame, une femme, madame G..... qu'un médecin du dehors avait jugé prudent de faire transporter en toute hâte, mais un peu tard, en vérité, dans l'espoir que nous ferions pour sa malheureuse cliente quelque chose de plus ou même *autre chose* qu'il n'avait fait jusque là !.....

(a) EXAMEN DE LA MALADE.—C'était une femme relativement jeune, très obèse, qui paraissait avoir été, pour ainsi dire, foudroyée, dans le cours d'une santé parfaite. Ses chairs étaient fermes. Nulle trace d'émaciation.

Elle était apparemment dans le coma. La respiration était très accélérée, difficile et tertoreuse; le pouls imperceptible; la cornée insensible. Il y avait du sang à l'ouverture des narines, dans la bouche, sur le cou, sur l'abdomen, sur les cuisses et dans le sillon interfessier. Le ventre était ballonné et d'une sensibilité exquise, à tel point, qu'une pression légère exercée avec la main provoquait encore une réaction vive du côté des centres nerveux. L'auscultation, rendue très difficile, me permit de constater que les deux poumons étaient littéralement noyés dans des flots d'œdème; le cœur était affolé, intermittent, bref, cette femme se mourait, mais de quelle maladie? Je pris des renseignements. Était-ce un empoisonnement? Était-ce une maladie aiguë dont elle souffrait depuis quelque temps? Y avait-il eu tentative criminelle d'avortement, comme on se l'était chuchotté, depuis mon arrivée, à la vue de ce sang?

L'interne, interrogé, me raconta alors l'histoire suivante qu'il tenait du médecin de cette malheureuse femme ou des personnes de son entourage.

(b) HISTOIRE ANTÉRIEURE.—Elle était en service dans une pension, lorsque, il y a deux semaines, elle fut prise de vomissements qui l'empêchèrent de vaquer à ses occupations habituelles. Un médecin, appelé à ce moment-là, pensa à un embarras gastrique banal. Il fit une piqure d'apomorphine afin, disait-il, de débarrasser l'estomac de son contenu, si contenu il y avait, car elle n'avait rien mangé depuis la veille au soir. Elle fit de grands efforts; l'estomac se débarrassa misérablement... de rien du tout, comme il fallait s'y attendre. Elle prit un peu de lait coupé d'eau de Vichy et passa une nuit tranquille. Le lendemain, tout malaise était disparu. Elle se leva, très contente de son médecin et.....d'elle-même aussi, je suppose, car elle reprit sa besogne habituelle. Trois jours après, nouvel embarras gastrique, semble-t-il, second appel du médecin qui lui fit une deuxième piqure d'apomorphine—la première avait si bien réussi—nouveaux efforts, nouvel affaissement suivi d'un sommeil forcé qui fit croire à l'entourage, et au médecin, qu'elle était, encore une fois, guérie... Quel heureux traitement!... ou plutôt, quel étrange embarras gastrique!...

Quelques jours se passent, mais la santé ne marche pas comme auparavant. Notre malade est prise de faiblesses soudaines; quelques vagues douleurs dans

le bas-ventre ; légère diarrhée, mais si peu qu'on n'en parle pas. Enfin, un soir, elle doit s'aliter, se sentant très faible. On pense qu'elle essaie de faire une petite maladie d'occasion, on n'en prend aucune peine. Elle avait eu, disait-on dans son entourage, des crises antérieures en tout semblables à celle-ci, et c'était de l'hystérie, donc elle simulait et..... on laissa faire.

Le lendemain, les choses vont de mal en pis. On réfléchit qu'il importe de se débarrasser de cette malade encombrante ; qu'elle peut devenir folle ; qu'il faudra peut-être la faire interner au plutôt ; bref, on appelle un autre médecin qui se laisse très facilement convaincre, lui aussi, sur le chapitre de l'hystérie. Il ne prend même pas la peine de faire un examen sérieux, le diagnostic s'impose !.....

Le soir, le délire augmente et devient bruyant. Elle divague ; elle fait même, dit-on—on dit tant de choses dans ces moments-là—des propositions alléchantes à quelqu'un de la maison, on appréhende les conséquences désastreuses ; on fait appeler un prêtre à qui on raconte le détail de cette crise d'hystérie. Très étonné, il réfléchit qu'il faudra peut-être *lenter d'exorciser cette prétendue démoniaque, un peu moyen-âge pourlant* et..... que sais-je encore ! Sur les entrefaites, arrive le médecin. " C'est une hystérique, dit-il au prêtre ; elle fait la grande attaque ; il faut l'enfermer car il pourrait arriver un grand malheur ! " On sort de la chambre ou gisait la pauvre malheureuse, et on l'enferme, seule avec son délire. Le médecin, très malin, pour ne dire que cela, s'occupe de faire les démarches nécessaires pour hâter l'internement d'urgence.

Dans l'intervalle, il apprend qu'elle a été traitée, quelques jours auparavant, par un autre confrère qu'on lui nomme. On se voit, on prend rendez-vous auprès de la malade, on se consulte. Après un examen sommaire on découvre, avec stupéfaction, qu'il y a du sang dans les environs des parties génitales ! Nouvelle complication : ils sont en présence d'un avortement criminel pratiqué chez une hystérique qui fait sa grande attaque pour sauver la situation. Hystérie, folie, avortement criminel !..... on ne sait à laquelle des trois hypothèses s'arrêter ; bref, après mûre délibération on juge que la position est délicate, j'allais dire embarrassante, et on décide de la faire transporter *temporairement* à l'hôpital Notre-Dame où elle vient s'échouer dans l'état alarmant que vous savez, avec le dossier dont nous venons de prendre connaissance.

DIAGNOSTIC.—Fort de ces renseignements, je fais appeler immédiatement le gynécologue de l'hôpital afin d'éclaircir la question de l'avortement criminel. Mon ami, le docteur Raphaël Trudeau, assistant, fait un examen méticuleux de l'utérus et des annexes. Il ne trouve absolument rien de louche de ce côté. Nous éliminons immédiatement l'avortement provoqué.

La sensibilité du ventre avait éveillé mon attention. L'examen du rectum nous renseigne sur l'origine du sang ; il est rempli de caillots. Le cathétérisme vésical permet de retirer environ un litre d'urine ; il était évident que cette femme n'avait pas uriné depuis 24 ou 36 heures. L'examen rapide, par la chaleur et l'acide ascétique, y décèle des quantités d'albumine qui se précipite au fond du tube. Nous piquons le doigt afin de recueillir quelques gouttes de sang. La réaction, faite par notre confrère et ami, le docteur Alphonse Mercier, est positive ; le séro-diagnostic est net, l'agglutination est rapide, spontanée. Il n'y a plus de doute possible : nous sommes en présence d'une malade atteinte de *fièvre typhoïde*, dont l'existence est démontrée par le

séro-diagnostic, et qui n'a même pas été soupçonnée par nos *savants* confrères du dehors. Dès lors, tout s'explique. Les deux gastrites dont nous avons parlé plus haut ont marqué le début de la dotiémenthérie, les choses se sont passées tant bien que mal jusqu'à la deuxième semaine; c'est la période d'état. Il y a un peu de diarrhée; la fièvre augmente; elle pousse jusqu'au délire bruyant, que nous connaissons peu depuis l'usage du bain froid; dans une crise elle oublie sa langue entre ses dents qui dilacèrent et qui font saigner. C'est aussi l'heure des hémorrhagies; hémorrhagies nasales; hémorrhagies intestinales; retentissement péritonéal; complications rénales—bien connues et, pour ainsi dire, habituelles—oligurie, anurie, urémie, délire, coma, etc., en un mot, tout le cortège obligé de l'hyperthermie et de l'insuffisance rénale.

Nous portons un pronostic très grave; nous n'entretenons aucun espoir. Néanmoins, nous instituons un traitement d'urgence. Glace sur le ventre, piqures d'éther, de caféine, de strychnine, injections sous-cutanées d'eau salée, nettoyage de la bouche et du nez qui exhalent une odeur infecte.

Peine inutile: trois heures après son admission, cette pauvre femme mourait, sans avoir repris connaissance, déchargée de l'accusation d'avortement criminel qu'on avait portée contre elle sans scrupules, guérie de sa folie furieuse, passible d'internement, mais non de sa fièvre typhoïde par laquelle elle succombait, à notre grand regret.

(c) AUTOPSIE. Le lendemain, 28 septembre, mon ami, le docteur Alphonse Mercier, fit l'autopsie de cette malheureuse femme que nous avions tous assistée durant les derniers moments de son agonie.

À l'ouverture de l'abdomen, apparaissent, sous l'intestin-grêle, des taches congestives très nettes. L'S iliaque a une couleur noirâtre très marquée. En ouvrant l'intestin de l'anus au coude du colon gauche, on voit qu'il est rempli d'un sang noirâtre, indice non équivoque d'une hémorrhagie abondante et de date assez récente.

Dans les *petits intestins*, apparaissent ici et là de nombreuses plaques de Fayer, les unes simplement infiltrées, les autres ulcérées, elles sont surtout confluentes lorsqu'on se rapproche du coecum où elles sont très nombreuses.

L'*appendice* est sain à part quelques petites ulcérations qui siègent près de son ouverture.

Les *reins* se laissent décortiquer facilement. La substance corticale est amincie: il y a des signes de congestion intense; c'est de la néphrite aigue.

Les *organes génitaux* sont sains et ne présentent rien d'anormal. L'utérus est plutôt petit.

Le *cœur* est mou, flasque, avec légère teinte feuille morte. Il y a évidemment de la myocardite. Les valvules sont saines.

Les *poumons* présentent des signes de congestion intense.

La *rate* est grosse—Elle pèse 360 grammes (1) (11 onces). Elle est molle et friable.

L'*estomac* est sain.

Le *foie* est grassex.

(1) Le poids d'une rate normale est de 200 grammes en moyenne. (6 1-2 onces.)

Telle est, messieurs, l'observation clinique dans toute son éloquente nudité.

Je me dispenserai de faire des commentaires; les détails qui y sont consignés les rendent inutiles et vous avez dû y suppléer déjà par les réflexions amères et douloureuses qu'un tel dénouement a dû vous suggérer.

Tout ce qui précède prouve deux choses, au moins, pour être charitable: 1° qu'un médecin commet une faute qui peut devenir grave — ici, elle a coûté la vie à une personne — en acceptant comme véridique un diagnostic quelconque fait au petit bonheur dans des circonstances délicates comme celle-ci; en effet, il ne faut pas craindre d'examiner toujours son malade avec attention, ne serait-ce que pour une piqure d'insecte; c'est le conseil que nous donnait souvent mon illustre maître, le regretté professeur Potain; 2° qu'il ne faut négliger aucun des moyens dont disposent la clinique et le laboratoire pour éclairer ou même raffermir un diagnostic dans chaque cas qui se présente à notre observation.

Ici, et je suis heureux de le proclamer une fois de plus après tant d'autres, le *séro-diagnostic a suffi, à lui seul*, pour poser un diagnostic, jusque là erroné, et que l'autopsie a confirmé dans tous ses détails.

Ces observations, qui sont rares, j'aime à le croire, devraient être pour tous un enseignement précieux. Que fut-il arrivé si on avait mis à profit les notions si universellement connues de la séro-réaction?... La réponse est par trop simpliste; elle est sur les lèvres de chacun de nous: nous sommes absolument d'accord...

FOIE FLOTTANT, REIN FLOTTANT, PAR LITHIASÉ BILIAIRE (1)

OPERATION, GUERISON.

Par O. F. MERCIER,

Professeur à l'Université Laval, Chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame

Il s'agit d'une jeune femme que nous avons reçue et soignée dernièrement dans notre service à l'hôpital Notre-Dame. Elle me fut adressée personnellement par un de mes distingués collègues pour être opérée d'un rein flottant, côté droit. L'examen que nous fîmes de nouveau ensemble ne fit que confirmer ce diagnostic.

OBSERVATION.

Nous sentons parfaitement bien et facilement, dans le côté droit du ventre, une tumeur lisse arrondie, présentant la forme du rein, qui se déplace facilement, très mobile et que l'on refoule aisément dans l'hypochondre droit ; elle nous donne bien exactement en fuyant sous les côtes, cette sensation caractéristique que nous offre le rein mobile. D'ailleurs l'histoire de la malade confirme bien ce que la palpation nous révèle. Phénomènes de dyspepsie de plus en plus accentués, digestions difficiles, vomissements, troubles intestinaux, fermentations, constipation, douleur du côté droit, que le mouvement et surtout les efforts augmentent. Elle souffre ainsi depuis au-delà d'un an, tous ces symptômes se sont montrés graduellement, ont augmenté progressivement et depuis quatre mois sont devenus assez sérieux pour suspendre tout travail, mais toujours ses douleurs ont revêtu une forme, je dirais chronique, jamais elles n'ont pris le caractère aigu spécial de la colique hépatique ou rénale, jamais la moindre trace d'ictère. Elle n'a jamais présenté non plus aucun symptôme de lithiasé urinaire, n'a jamais uriné de sang et l'examen des urines plusieurs fois répété n'a rien décelé de particulier. Avec un syndrome aussi précis, nous ne pensons qu'au rein flottant dont nous décidons la fixation.

A part une sérieuse alerte causée par le chloroforme, arrivée d'ailleurs après que tout fut fini, l'opération fut des plus simples.

Le rein était effectivement flottant, très flottant même, tellement, qu'une fois sa loge ouverte il vint s'échapper de lui-même entre les lèvres de la plaie et que c'est en dehors de l'incision, maintenu par la main de mon aide, que je le décortiquai et le transperçai de ses trois fils fixateurs, dont l'un fut fixé à la douzième côte, celui d'en haut, et les deux autres aux aponévroses profondes. La plaie fut fermée sans drainage et la guérison se fit sans réaction aucune. Les points furent enlevés au bout de huit jours, tout était guéri.

C'est ici que commence l'intérêt. Mon interne, M. Brosseau, qui fit le premier pansement, me dit, le lendemain, qu'il pensait bien que le rein s'était de

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 6 mai 1902.

nouveau déplacé, qu'il le sentait absolument dans la même position qu'avant l'opération. J'examinai le malade et, en effet, je sentis très bien dans son côté une masse mobile et douloureuse. Je fis continuer le repos au lit. Quelques jours plus tard, ayant fait un nouvel examen, je finis par croire aussi à un nouveau déplacement et décidai de reprendre de suite l'opération, chose que je fis le 8 mars.

A ma grande surprise, je trouvai le rein parfaitement et solidement fixé. J'explorai de suite par la plaie, la région du foie, que je trouvai déplacé, et je crus sentir la présence de calculs dans le canal cystique. Je fermai aussitôt la plaie, ne voulant pas intervenir du côté du foie, sans en avoir obtenu l'autorisation de ma malade.

Cette incision exploratrice ne fut pas faite en pure perte, car j'ai pu, ainsi, constater combien ce rein était solidement fixé aux tissus environnants; non seulement il était maintenu en place par ses fils fixateurs, mais il adhéraît solidement, par toute sa surface postérieure que j'avais décortiquée, aux aponévroses profondes. Cette première opération avait guéri très vite, sans inflammation, et ce n'est que de 20 à 25 jours plus tard, que je pus trouver ces adhérences si solides. Voilà, je crois, une preuve bien positive de la valeur de la néphropexie, et qu'il est possible, sans inflammation, sans suppuration, de fixer solidement un rein mobile.

Cette seconde opération fut également bénigne; dix-sept jours plus tard, après plusieurs examens, je l'opérai en vue de fixer son foie qui descendait jusqu'au bas de l'ombilic, et qui ne remontait pas plus haut que la onzième côte.

C'est le 25 mars que je pratique cette troisième opération. Je fais partir du rebord costal, le long du bord externe du long droit de l'abdomen, une incision de cinq pouces qui me conduit directement sur le foie, que je trouve effectivement déplacé et descendant plus bas que l'ombilic. J'introduis alors la main en arrière du foie lui-même que je remonte facilement à sa place, et je trouve derrière lui une tumeur o. oïde, que je reconnais pour la vésicule biliaire remplie de liquide et très distendue. Elle pouvait avoir six pouces de long sur trois pouces dans son plus large diamètre transverse, et de forme aplatie; elle représentait assez fidèlement un rein considérablement hypertrophié. Pour l'attirer en dehors sans violence, car je crains de la rompre dans la cavité abdominale, je suis obligé d'agrandir quelque peu mon incision. La vésicule dégagée, je lui fais aussitôt une ponction aspiratrice et j'en retire un liquide limpide et épais. L'ayant presque totalement vidée, je sens très bien les nombreux calculs qu'elle contient. J'environne alors prudemment de compresses stérilisées la plaie abdominale et la vésicule que j'ouvre d'une incision d'environ un pouce et demi de long. Je laisse écouler le reste du liquide biliaire, j'extrais les calculs, au nombre de trente-sept, je lave d'un courant de sérum artificiel l'intérieur de ce sac et je recherche l'obstruction qui est causée par un calcul gros comme une petite noisette, solidement enclavé dans le canal cystique et recouvert d'une membrane de nouvelle formation qui l'isole complètement de cette cavité.

M'aidant de pinces à griffes avec lesquelles je saisis l'intérieur de la vésicule, je la retourne à l'envers jusqu'au point de pouvoir atteindre facilement l'entrée obstruée du canal cystique. Je déchire la membrane qui tapisse le calcul, je broie ce dernier à l'aide d'une pince hémostatique, et, le canal cystique étant

complètement désobstrué et nettoyé, je recommence à refermer la plaie abdominale. Ayant l'intention de réséquer une partie de la vésicule, je la suture vers son milieu au péritoine même, par un surjet à la soie, je referme la partie inférieure de la plaie moins la peau, puis je résèque la vésicule dont je suture, par un nouveau surjet, cette fois au catgut, les bords à la peau même. Je suture enfin la peau.

On remarquera que je n'ai fixé le foie par aucune suture spéciale, mais j'ai fixé la vésicule au sommet de la plaie, en sorte que je compte sur elle pour maintenir le foie en position.

La malade a guéri aussi bien de cette troisième opération que des deux premières. Le lendemain une très grande quantité de bile avait souillé le pansement, preuve que j'avais bien libéré le canal cystique. Cet écoulement de bile s'est prolongé jusqu'au 25 avril. Depuis, la malade est parfaitement bien. Depuis cette dernière opération, toutes ses douleurs sont disparues, l'appétit est revenu, la digestion s'effectue, maintenant, parfaitement bien, et la malade a déjà considérablement augmenté de poids. Le foie est à sa place et s'y maintient, la malade, d'ailleurs, marche depuis une quinzaine de jours.

Cette observation présente de l'intérêt je crois à plus d'un point de vue. D'abord la facilité de pouvoir confondre cette vésicule avec un rein flottant; puis, ce déplacement si considérable du foie; et surtout ce fait de l'existence de l'obstruction cystique avec accumulation de bile décolorée dans la vésicule considérablement distendue, et ce, sans le moindre symptôme hépatique; l'opération elle-même, et enfin le merveilleux rétablissement de la malade qui est aujourd'hui parfaitement bien.

DEUX CAS DE FRACTURE DE LA COLONNE VERTÉBRALE (1)

Par ALPHONSE MERCIER,

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

Les pièces pathologiques que je désire vous montrer ce soir proviennent d'un homme et d'une femme morts il y a quelques jours des suites d'une fracture de la colonne vertébrale. Avant d'en venir à nos deux observations, je me permettrai de vous rappeler les points saillants qui touchent à l'étiologie et au mécanisme de ce genre de fractures.

Les fractures de la colonne vertébrale sont d'abord peu fréquente et nous voyons dans le *Traité de Chirurgie*, où j'emprunte ce qui suit, que Malgaigne pendant onze années de service hospitalier à l'Hôtel-Dieu n'en a rencontré que 14 cas.

La fracture peut intéresser, isolément ou ensemble, les apophyses épineuses, les apophyses transverses, les lames, et les corps vertébraux. La plus fréquente de toutes, est la fracture des corps vertébraux, et c'est de cell-là dont nous allons surtout nous occuper.

La fracture des corps vertébraux suit les grands traumatismes et relève de causes directes ou indirectes. D'ordinaire il s'agit de chute d'un lieu élevé, comme dans le cas du soldat qui se brise les reins en plongeant d'une grande hauteur dans une eau peu profonde. Parmi les chocs directs, la chute d'un corps pesant, des éboulements, des coups de feu sont les causes les plus nombreuses.

Le mécanisme de la fracture des corps vertébraux n'a été bien établi que dans ces dernières années, et l'on admit longtemps avec Boyer, Dupuytren, etc., que ces fractures étaient toujours de cause directe, et que les chocs transmis n'avaient ici aucune influence. Louis, le premier, puis Malgaigne, émit une opinion contraire. Pour eux, dans la plupart des cas, ces fractures avaient lieu par contre-coup, à la suite d'une flexion forcée de la colonne vertébrale, soit en avant, soit en

(1) Communication faite devant la Société Médicale de Montréal, séance du 22 avril 1892.

arrière; les fractures par cause directe au contraire étaient l'exception. Des preuves expérimentales sont plus tard venues appuyer cette dernière manière de voir, et voici comment M. Chédevergne décrit ce qui se passe dans la flexion forcée de la colonne vertébrale en avant: " la courbure dorsale s'exagère, la courbure lombaire commence à se redresser et de convexe en avant elle devient concave. L's formé à l'état normal par ces deux courbures s'efface de plus en plus. Les deux branches se dirigeant d'abord en sens inverse se mettent bientôt dans le prolongement l'une de l'autre sur un arc de cercle assez régulier dont le rayon diminue à mesure que la pression cherche à rapprocher ces deux extrémités... avant d'arriver à constituer une circonférence, un craquement se fait entendre... le ligament surépineux a arraché son point d'insertion du sommet de la 12e dorsale ou de la 1re lombaire. Le mouvement se continuant, l'écartement augmente entre l'apophyse lésée et celle qui est au-dessous. L'interépineux entraîne la crete de la 1re lombaire, le ligament jaune, et le bord supérieur de la lame vertébrale. Bientôt le grand surtout ligamenteux se déchire et le corps de la vertèbre est séparé en deux fragments, dont généralement le supérieur est très mince, et l'inférieur beaucoup plus considérable."

Comme on le voit il s'agirait pour Chédevergne d'une fracture par *arrachement*; il semble bien pourtant, comme l'a montré Mollière, qu'il faule aussi faire une part, dans le mécanisme de ces fractures, à l'écrasement du corps vertébral qui accompagne toujours l'arrachement.

A la suite de nouvelles expériences consistant à précipiter des cadavres d'un lieu élevé, tantôt sur les ischions, tantôt sur la nuque, la tête étant fortement fléchie, MM. Feré et Ménard ont montré qu'on pouvait également produire des fractures des corps vertébraux. Dans la chute sur la nuque, la fracture siège à la région dorsale et s'accompagne d'ordinaire de fractures de côtes.

Si bien, qu'aujourd'hui il est admis que, dans la majorité des cas, les fractures des corps vertébraux sont produites par des causes indirectes et reconnaissent deux grands mécanismes

qui sont soit la flexion forcée suivie d'arrachement, soit l'écrasement résultant de pressions violentes sur les extrémités de la tige rachidienne.

La fracture des corps vertébraux peut affecter toutes les formes et toutes les directions. — Le déplacement peut manquer, mais dans la fracture par arrachement, le déplacement est le suivant : " l'apophyse épineuse au-dessous de laquelle siège la fracture, s'éloigne de l'apophyse inférieure, en devenant horizontale. Le fragment supérieur de la vertèbre s'incline en avant : il en résulte une courbure du rachis, constituant un angle plus ou moins obtus dont le sommet est tourné en arrière. C'est le bord postérieur et supérieur du fragment inférieur qui représente le sommet de cet angle et qui faisant relief dans le canal rachidien vient comprimer la face antérieure de la moëlle. Un autre agent de compression est constitué par la lame de la vertèbre sus-jacente qui presse sur la face postérieure de la moëlle de sorte que celle-ci est parfois étranglée entre ces deux agents de compression."

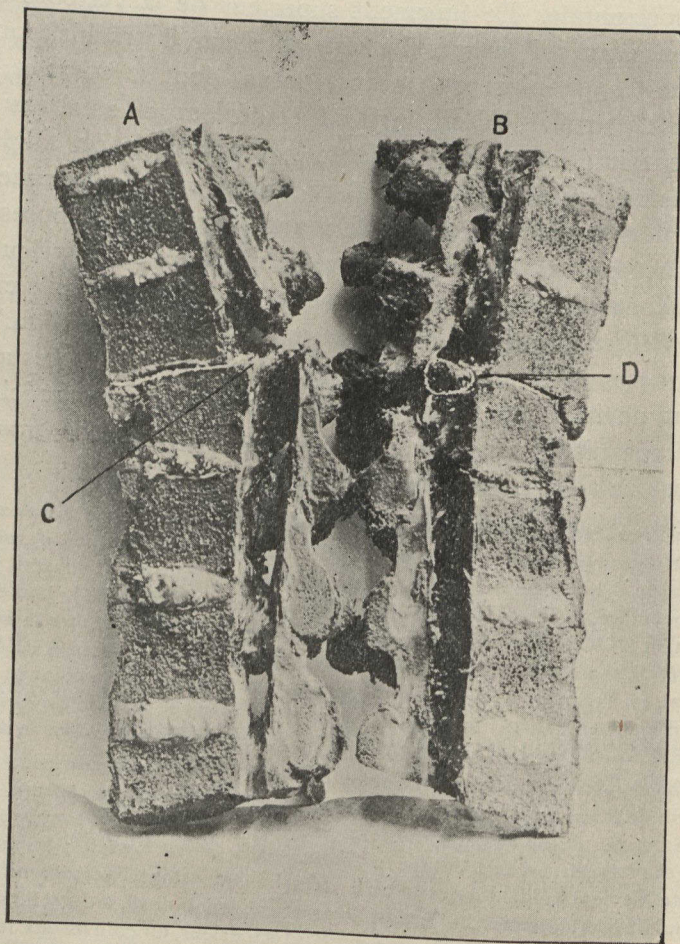
Dans nos deux cas, les choses semblent s'être passées absolument de la même façon que dans les expériences précitées, et le mécanisme aussi bien que les caractères de la fracture de nos malades répondent tout à fait au cas type.

I. OBSERVATION.—Il s'agissait pour notre homme, qui conduisait un camion, de faire passer son attelage sous une porte cochère ; il se trouvait à ce moment dans la rue et assis sur sa charge. Croyant qu'en se baissant il pourrait passer sans encombre, il lance ses chevaux, mais il avait mal jugé de la hauteur du linteau, et baissant la tête, il frappe violemment de la nuque contre le haut de la porte. Il tombe à terre, sans connaissance, et est transporté à l'Hôpital-Général, où l'on décide, après avoir reconnu une fracture de la colonne vertébrale, d'intervenir immédiatement. Deux jours après le malade est dirigé sur l'Hôpital Notre-Dame, et meurt quelques heures après son entrée dans le service.

Autopsie.—Rien d'intéressant à noter du côté des organes internes. A l'inspection de la colonne vertébrale, vue par la cage thoracique, aucune lésion apparente, ni saillie ni ecchymose. La mobilité anormale par contre est très nette, et nous permet de localiser la fracture vers la 12e dorsale ; fracture qui du reste devient évidente quand on a détaché le surtout ligamenteux qui la dissimulait complètement. Le trait de fracture, transversal, a détaché sur tout le pourtour du corps vertébral, vers son bord supérieur, un coin osseux relativement petit par rapport au fragment inférieur et formant un anneau complet. Pas trace de pénétration. Ce fragment supérieur est représenté, en section, sur la figure.

Retournant alors le cadavre sur le ventre et rouvrant la plaie des chirurgiens du General Hospital, nous découvrons, dans la région de la 12e dorsale, une cavité, remplie de gaze et capable de loger un œuf. L'apophyse épineuse, l'arc postérieur des 11e et 12e dorsales manquent. Les parois de cette cavité sont hérissées, de tous côtés, de pointes osseuses; au fond se trouve la moëlle recouverte de ses méninges et en apparence intacte.

A l'aide de la scie, nous séparons alors tout un segment de la colonne vertébrale et constatons que le déplacement est typique. On s'en rendra compte par la figure. Le traumatisme a aussi atteint la 11e et la 1e lombaire, qui présentent des fractures de leurs apophyses articulaires et transverses. Enfin l'articulation de la 1e côte est arrachée des deux côtés.



Pour bien voir l'état du canal et de la moëlle, il fallait par un trait de scie verticale séparer en deux moitiés les corps vertébraux, (après avoir enlevé les arcs postérieurs restante pour ne pas endommager la moëlle. La figure ci-jointe représente la section ainsi obtenue, la partie droite en A, la gauche en B. De

ganche à droite, et en suivant la ligne de fracture, on voit d'abord la section du fragment supérieur; en C le bord postérieur et supérieur du fragment inférieur, faisant relief dans le canal vertébral; en D une saillie osseuse volumineuse, presque au contact du fragment inférieur de la fracture et produisant un étranglement extrême de la moëlle. De fait celle-ci était à ce niveau presque sectionnée et réduite à ses enveloppes. Cette destruction médullaire nous explique le peu de succès de l'intervention, et la mort du malade, qui présenta du reste tous les signes d'une paraplégie complète.

II OBSERVATION.—Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une jeune fille, 19 ans, qui tomba d'une fenêtre placée à 25 pieds du sol. Elle aurait, paraît-il, porté sur la nuque, la tête étant fléchie. Ramassé sans connaissance, elle entre à l'hôpital vers les 5 heures de l'après-midi et meurt 3 heures après, sans être sortie de son état comateux. On remarque avant la mort quelques signes d'hyporesthésie et certains mouvements du côté des jambes.

Autopsie.—A l'ouverture du thorax, vaste épanchement sanguin liquide, dans les deux plèvres. Le poumon droit présente à sa partie moyenne, face antérieure, une déchirure transversale, longue de deux pouces, intéressant la plèvre et le tissu pulmonaire. A part cette déchirure et un peu de congestion, les poumons n'offrent rien de particulier. Tous les autres organes sont sains.

On remarque sous toute l'étendue de la plèvre pariétale, des deux côtés de la poitrine, un épanchement sanguin considérable. Le sang a même gagné le diaphragme et l'abdomen. La plèvre pariétale de chaque côté de la colonne vertébrale a été déchirée, perforée en plusieurs endroits par des esquilles osseuses. Le fait est que presque toutes les côtes sont cassées, on en compte huit à gauche et cinq à droite. En général la côte est brisée près de son extrémité rachidienne. Il n'y a aucune fracture de côte vis-à-vis la déchirure pulmonaire dont il a été question. Il y a enfin fracture du corps de la 8e vertèbre dorsale; le trait de fracture, transversal, a comme toujours séparé le corps vertébral en deux moitiés, une supérieure très mince, une inférieure relativement très grosse.

Dans le dos, énorme hématome, comprenant toute l'épaisseur des tissus et allant de la nuque aux ischions.

On retrouve ici les fractures indiquées plus haut, en constatant, de plus, plusieurs autres fractures portant sur les apophyses épineuses et transverses, sur les arcs postérieurs, sur presque toutes les parties de la tige rachidienne dans sa portion dorsale. Nous n'avons pas pu malheureusement nous renseigner avec certitude sur l'état de la moëlle, ni nous rendre compte, comme dans le premier cas, du placement et de la position des fragments.

ETUDE CRITIQUE SUR L'EMPLOI DU SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE (1)

Par ELPHIEGE A. RENE DE COTRET.

Professeur adjoint d'Obstetricque à l'Université Laval, Accoucheur de la Maternité.

(Suite)

LETTRE XIII

PARIS, 12 janvier 1902.

Honoré confrère,

Je pense du sérum de Marmorek ou sérum antistreptococcique, ce que j'ai enseigné en 1894 à mon cours de la faculté de médecine de Paris, alors que j'y ai professé les sérothérapies quand j'étais chargé de l'enseignement de la thérapeutique.

Mes leçons sur ce sujet ont paru dans mon livre "Les Sérothérapies," chez Naud et Carré, éditeurs, rue Racine.

J'ai fait à cette époque certaines restrictions et certaines réserves que l'expérience m'a appris à garder. J'ai dit et je le répète que l'emploi du sérum ne doit pas contremander toutes les prescriptions qui s'adressent à l'asepsie ou à l'antiseptie vagino-utérine, à l'état des forces de la malade, etc., etc. Le sérum est une arme de plus, d'autant meilleure qu'on l'emploie plutôt, et qu'on lui associe les autres moyens, variant avec chacune des indications, variant avec chaque malade et chacune des formes que peut revêtir l'infection puerpérale.

Je ne pense pas que le sérum ait une influence certaine et constante ; je pense à ce sujet, aujourd'hui comme en 1894.

Je pense que dans le sérum nous avons un moyen de plus, voilà tout ; je pense que nous avons le devoir de nous servir de ce moyen comme des autres AVEC LES AUTRES ; je ne me reconnaîtrais pas le droit de ne pas en faire bénéficier mes malades ; Je me suis bien trouvé d'en avoir usé tant dans la clientèle que dans la crèche de mon hôpital dans des cas considérés par des confrères comme désespérés. On a, en France, publié, de droite et de gauche, plus en province qu'à Paris, des observations donnant raison à cette manière de voir.

Pour ce qui est des accoucheurs de PARIS ayant quelque foi en la méthode préventive et curative, il n'y a guère que mon collègue le professeur Pinard qui s'en serve.

Au total, j'aurais à refaire mes leçons sur le sérum appliqué à la *fièvre puerpérale* que je ne changerais rien ou à peu près rien de ce que j'ai écrit dans mon livre.

Croyez, honoré confrère, à mes sentiments très distingués.

Signé,

D. LANDOUZY.

Professeur à la Faculté de Paris.

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 mars 1902. (Voir L'UNION MÉDICALE, numéros de mars et avril.)

Permettez-moi de commenter cette lettre de M. le professeur Landouzy et d'aller en même temps puiser dans ses leçons sur les sérothérapies.

M. le Docteur Landouzy a-t-il été si en faveur du sérum qu'on a voulu nous le faire croire? Je ne vois rien dans ses leçons de thérapeutique qui me le montre si fervent adepte de la méthode qu'on a semblé le croire en certain lieu. Je ne découvre rien dans sa lettre qui nous indique sa grande confiance en ce remède. Je constate que M. le professeur nous rapporte des faits qu'il a vus ou qu'on lui a transmis. M. le professeur nous enseigne que la méthode repose sur un principe vrai, sur une théorie scientifique raisonnée et toute naturelle. Le traitement de la diphtérie par la sérothérapie a obtenu des résultats superbes, pourquoi le traitement de la streptococcie puerpérale par une méthode analogue et appropriée ne réussirait-elle pas? Remarquez bien que je dis la streptococcie puerpérale et non l'infection puerpérale.

M. Landouzy croit à la sérothérapie antistreptococcique chez la femme malade en couches, mais il y met *certaines restrictions* et *certaines réserves*. D'abord la sérothérapie ne doit pas être pratiquée seule à l'exclusion des autres moyens de traitement.

"Je veux, dit-il, attirer votre attention sur un fait qui a une grande importance pour Marmoreck dans l'application de sa méthode.

"Lorsque, dit-il, on s'adresse à la sérothérapie, dans un cas de septicémie puerpérale par exemple, on doit supprimer tout autre traitement, non pas qu'on veuille donner plus d'éclat à la méthode thérapeutique nouvelle, mais parce qu'elle est plus à l'aise pour faire les frais de la lutte contre la maladie. Marmoreck ne fait en cela, à tort ou à raison, que recommander la même technique que celle que nous indiquait Roux, vous vous en souvenez, quand il a intronisé la sérothérapie diphtérique. . .

"Je crois que c'est une exagération de vouloir raisonner et agir en matière de streptococcie utérine, comme en matière de diphtérie pharyngée, et que le *noli me tangere*, irrigations ex-

ceptées, imposé aujourd'hui presque unanimement quant au traitement local de la diphtérie, équivaudrait à une faute en matière de streptococcie puerpérale. . .

“ De même que le chirurgien laparatomiste traite antiseptiquement la plaie abdominale qui a été la porte d'entrée d'une septicémie post-opératoire, de même le médecin qui soigne une septicémie puerpérale, tout en s'adressant au traitement spécifique de cette septicémie, doit traiter directement la plaie utérine. . .

“ Mon sentiment très net est que nul n'a le droit, pour la septicémie puerpérale, de partager l'exclusivisme de Marmoreck. . .

“ Et puis, ajoute Landouzy, quand bien même le sérum de Marmoreck aurait fourni — ce qui n'est malheureusement pas encore des preuves suffisantes d'efficacité constante, son emploi curatif ne saurait prévaloir contre les résultats si remarquables obtenus par mon collègue Pinard qui, avant la sérothérapie, avait trouvé moyen de réduire dans son service, pour l'année 1894, la mortalité par la septicémie puerpérale à 0,18 pour 100.”

Je vous prie de remarquer ce chiffre et cette date. En 1894, quand Pinard n'emploie pas encore le sérum la mortalité descend à 0,18% : et, depuis que le clinicien de Baudelocque emploie régulièrement le sérum, pensez-vous qu'il ait baissé davantage le pourcentage de la mortalité? Loin de là, le chiffre est même élevé comme je vous le prouverai plus tard.

Le sérum de Marmoreck a-t-il fait ses preuves et Landouzy y croit-il fermement, à ce sérum? Que nous dit cette phrase “ quand bien même le sérum de Marmoreck aurait fourni — ce qui n'est pas malheureusement pas encore — des preuves suffisantes d'efficacité constante? ” C'est une porte ouverte au doute.

S'appuyant sur les chiffres de Pinard et sur la pathogénie de l'infection puerpérale, Landouzy conseille et veut le traitement local concurremment avec la sérothérapie, parce qu'il est prouvé que l'infection puerpérale ne dépend pas seulement du streptocoque: d'autres microbes peuvent être associés à

celui-ci. D'après cette leçon de sérothérapie antistreptococcique il semblerait que Landouzy est sous l'impression que le streptocoque est, non seulement le principal facteur de l'infection puerpérale, mais qu'on l'y trouve toujours. Ce qui n'est pas le cas; car il est parfaitement prouvé aujourd'hui qu'un grand nombre d'infections puerpérales sont occasionnées par plusieurs autres microbes parmi lesquels on ne trouve même pas le streptocoque. Combien d'accoucheurs, combien de bactériologistes nous disent que l'infection puerpérale est une maladie polymicrobienne! et combien nous déclarent que très souvent on ne rencontre pas le streptocoque!

Landouzy nous montre encore dans ses leçons combien il est plus difficile de faire avec succès la sérothérapie de l'infection puerpérale que celle de l'érysipèle, de l'angine ou de la broncho-pneumonie streptococciques; parce que dans un cas l'infection est localisée, cantonnée à la peau, au pharynx, au poumon et dans l'autre "quelle évolue sur un territoire" qui commence à la vulve, et qui, au travers du vagin, de la "cavité utérine, des parois utérines, des ligaments larges, du "péritoine peut déterminer une infection générale." Donc, autre chose est la guérison d'un érysipèle et la guérison d'une infection puerpérale même à streptocoque et c'est ce que nous dira plus tard Pinard.

En passant, je veux citer une phrase de Landouzy qui me frappe et que je retrouve dans la bouche de Pinard au congrès de Moscou ou ailleurs, phrase qui semble m'expliquer à moi comme à un grand nombre d'autres accoucheurs la tenacité de Pinard dans l'emploi du sérum. "Avant de pouvoir juger, nous dit Landouzy, la valeur réelle de la sérothérapie antistreptococcique appliquée à l'infection puerpérale, il faudra que nous disposions d'un très grand nombre d'observations comparables les unes aux autres, tant dans le moment d'intervention de la sérothérapie, que dans la forme de septicémie contre laquelle la sérothérapie a été mise en œuvre." Cette même phrase chez Pinard nous a frappé. C'est qu'il veut, avant de rendre un jugement sur la méthode, s'appuyer sur un nombre considérable d'observations. Alors seulement.

et cela au prochain congrès de Moscou comme nous le disent Ribemont, Dessaignes et Lepage dans le 5e édition de leur Précis d'Accouchements, nous entendrons le jugement solennel prononcé par le clinicien de Baudelocque.

Landouzy reconnaît, parmi une des causes d'échecs du sérum de Marmoreck, échecs qui seraient nombreux d'après Landouzy même, la diversité des races de streptocoques. "Le sérum, dit-il, préparé avec un streptocoque peut faire merveille contre ce streptocoque et faire moins bien contre *d'autres* streptocoques. Il faut, en effet, nous souvenir qu'il paraît, en dépit d'une morphologie absolument identique, y avoir, comme spécificité virulente, de grandes différences entre les divers streptocoques.

"Il y a aujourd'hui, entre tous les microbiologistes et les expérimentateurs, unanimité pour déclarer que, si le streptocoque — à n'en juger que par sa morphologie — représente une *espèce*, il paraît constituer plusieurs races dont les individualités décèleront leur personnalité, soit par des réactions biologiques différentes (septicémiques, toxiques, phlogogènes, pyogènes) soit par des réactions thérapeutiques. Cela étant, nous n'avons pas à nous étonner si le sérum, préparé avec un streptocoque A par exemp'e, ne mord point sur une streptococcie, fonction d'un streptocoque B."

Landouzy cite MM. Nocard et Lignières qui, en médecine vétérinaire "ont fait une constatation très intéressante, à savoir que le streptocoque étant l'agent de l'anasarque, de la gourme et de la pneumonie du cheval, il doit forcément s'agir de trois variétés de streptocoques très différentes biologiquement, puisque le sérum de Marmoreck, dont l'action sur le streptocoque de l'anasarque est très efficace, n'agit que très peu sur le streptocoque de la pneumonie équine et pas du tout sur celui de la gourme." Landouzy cite encore Méry et ses expériences que j'ai rapportées plus haut.

Quand le professeur Landouzy écrivait ses leçons de sérothérapie, la sérothérapie antistreptococcique était-elle vraiment efficace et d'une puissance constante et la croyait-il ainsi? autrement dit, la sérothérapie streptococcique avait-elle fait

ses preuves? Je ne le vois pas dans ses leçons. Est-ce la phrase suivante qui en ferait foi: "je ne vois pas pourquoi, dit-il, quand la matière médicale nouvelle nous aura dotés d'un sérum antistreptococcique de *puissance constante et d'innocuité absolue...*?" ou encore est-ce celle-ci qui l'indique: "pourtant, il me semble que, le jour où la sérothérapie antistreptococcique aura fait ses preuves..." C'est peut-être cette dernière phrase: "...ne doutant pas que, dans un avenir très prochain, la matière médicale ne nous fournisse un sérum, dont serait justiciable la moyenne des streptococcies."

L'espoir du professeur s'est-il réalisé? cet espoir qu'il exprimait par les conclusions suivantes: "Ce que nous savons des résultats obtenues par l'emploi du sérum dans certains cas d'érysipèle grave, dans les septicémies puerpérales, dans la fièvre puerpérale notamment, sur les phlébites puerpérales aiguës, sub-aiguës et chroniques, dans certaines angines et broncho-pneumonies à streptocoques, autorise l'emploi thérapeutique du sérum antistreptococcique, d'autant qu'il est admissible de penser que de nouvelles manutentions de cultures de streptocoques, faites en mélangeant plusieurs races de streptocoques provenant de milieux divers, permettront d'obtenir un sérum antistreptococcique de puissance non seulement plus constante, mais encore plus grande quantitativement et qualitativement parlant. Par quantitativement, j'entends un sérum plus fortement antimicrobien, antitoxique et phagocytaire; par qualitativement, j'entends un sérum agissant spécifiquement sur l'espèce tout entière des streptocoques."

Cet espoir ne s'est pas réalisé et c'est M. Landouzy qui me le dit dans sa lettre: "*Je ne pense pas, dit-il, que le sérum ait une influence certaine et constante; je pense, à ce sujet, aujourd'hui comme en 1896. Je pense que dans le sérum nous avons un moyen de plus, voilà tout.*"

De telles paroles sont-elles bien encourageantes?

"*C'est un moyen de plus, voilà tout.*" et "*le sérum est une arme de plus.*"

Cet espoir s'est-il réalisé quand nous voyons le sérum aban-

donné de tous les accoucheurs et des maîtres de Paris, des princes de l'art obstétrical?

" Pour ce qui est des accoucheurs de PARIS ayant quelque foi en la méthode préventive et curative, il n'y a guère que mon collègue le professeur Pinard qui s'en serve." Est-ce suffisant? Certes Pinard n'est pas le dernier accoucheur. S'il l'emploie malgré tous et contre toute opinion contraire c'est qu'il en a obtenu des résultats favorables, ou bien qu'il veuille appuyer son jugement, comme il nous l'a déjà dit, sur des milliers d'observations.

M. Landouzy " pense que nous avons le devoir de nous servir de ce moyen comme *des autres, avec les autres*." Il souligne deux fois les mots AVEC LES AUTRES, c'est-à-dire que sans les autres moyens la sérothérapie est nulle.

Cet espoir s'est-il réalisé? Hélas! non! et le doute immense qui hantait l'esprit de M. le professeur Landouzy au début de ses leçons sur la sérothérapie streptococcique ne s'est pas évoué. Hélas! le beau rêve ne s'est pas accompli et nous songeons involontairement aux bienfaits de la sérothérapie antidiphthérique que nous n'avons pu encore égaler en streptococcie. Reisons et méditons ces paroles de M. Landouzy au début de ses leçons sur la sérothérapie antistreptococcique:

" Si la sérothérapie de la streptococcie était trouvée, elle rendrait donc un double service; *elle agirait non seulement à titre curatif, mais encore à titre prophylactique.*

" Vous savez ce que fait en matière de diphthérie la sérothérapie: en éteignant la maladie dans les 35 ou 48 heures, elle supprime la source de contagion qui aurait, une ou deux semaines durant, menacé toute une famille. Si la sérothérapie streptococcique est trouvée, il en ira de même; et le fait de guérir une puerpérale en deux fois vingt-quatre heures diminuera de tout le laps de temps gagné sur la marche de la maladie, telle que nous la connaissons hier, les si grandes possibilités de contagion pour l'entourage." Hélas! les promesses ne sont pas tenues et la fièvre puerpérale, presque toujours, suit la même marche qu'elle suivait sans la sérothérapie.

LETTRE XIV

PARIS, 2 novembre 1902.

Mon cher confrère,

Vous trouverez les dernières données les plus récentes publiées sur le sérum Marmorek dans les travaux de la section d'Obstétrique du dernier congrès de Paris, 1900.

L'opinion que je vous en donne est une opinion purement personnelle et qui n'engage que moi, et je vais répondre à vos questions, l'une après l'autre.

Je n'ai aucune confiance dans ce sérum pour combattre une infection déclarée. A peine à mon avis aurait-il une certaine influence en l'employant préventivement. Pinard lui concède de l'action dans le traitement des phlébites puerpérales. Je ne l'emploie plus du tout à l'hôpital. Par conséquent je ne pourrais vous donner de statistique ; et le seul traitement que je préconise c'est l'injection utérine et le curettage hâtif.

Ce sérum ne paraît pas tenir ses promesses, parceque la plupart des infections puerpérales sont dues à des associations de microbes et qu'il est impossible pratiquement de savoir auquel on a affaire. Donc vu ces associations il ne peut avoir même théoriquement aucune action. Au contraire !

Quand le streptocoque existe seul, il peut ne pas être toujours semblable à lui-même. C'est ainsi qu'à Lille on a fabriqué des sérums antistreptococciques nos 1, 2, 3, 4, 5 et 6, pour répondre au traitement des différentes espèces de streptococcie. Tout cela me paraît bien compliqué pour répondre à des idées cliniques justes.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

BOUFFE DE ST-BLAISE.

Pour bien comprendre l'importance de la lettre de M. Bouffe de Saint-Blaise on doit se rappeler que cet accoucheur des hôpitaux de Paris était chef de clinique à Baudelocque en 1897 et qu'il en était répétiteur en 1898. Par conséquent, cet accoucheur parle en connaissance de cause. Il a travaillé avec M. Pinard. Il a vu les malades de Baudelocque. Il a pu suivre le traitement appliqué ; il en connaît les effets. Quand il nous dit qu'*il n'a aucune confiance dans ce sérum pour combattre une infection déclarée.*" peut-on douter de sa parole ?

Si Monsieur Bouffe de Saint-Blaise a vu employer ou a employé le sérum comme curatif, il n'a certes pas ignoré son emploi comme préventif. Il a été témoin des épreuves et il peut en parler à son aise ; et, cependant, il n'en est pas très enthousiaste, car, dit-il, *à peine, à mon avis aurait-il une certaine influence en l'employant préventivement.*" Et puis l'emploie-t-il ? *"Je ne l'emploie pas du tout à l'hôpital."* Son traitement c'est l'injection utérine et le curettage hâtif.

D'après Bouffe de Saint-Blaise, le sérum n'a pas tenu ses promesses pour une bonne raison, c'est que "la plupart des infections puerpérales sont dues à des associations de microbes." Bouffe de Saint-Blaise suit en cela l'opinion de la plupart des accoucheurs ou des bactériologistes. Au congrès de Paris, en 1900, Doléris n'a-t-il pas dit: "*l'association d'espèces diverses (microbes) paraît concourir plus sûrement à l'infection.*" Demelin pense de même: il en est ainsi d'un grand nombre de français, d'allemands et d'américains.

Le sérum n'a pas tenu ses promesses parce qu'on l'a employé indifféremment dans tous les cas d'infection puerpérale, sans en connaître la variété, et on l'a employé ainsi dans tous les cas "*parce qu'il est impossible pratiquement de savoir à quel microbe on a affaire.*"

Et même quand le streptocoque est seul la cause de l'infection, on ne peut savoir quelle variété de streptocoque il faudra combattre, "*car ce microbe n'est pas toujours semblable à lui-même.*" Les sérums antistreptococciques qu'on a fabriqués depuis le No 1 jusqu'au No 7 peuvent-ils jamais entrer dans la pratique?

LETTRE XV

PARIS, 4 novembre 1901, 10 rue Cambacérés.

Monsieur,

Monsieur le professeur Pinard me charge de vous informer que s'il continue à employer le sérum antistreptococcique au point de vue prophylactique chez toutes les femmes suspectes qui entrent dans sa clinique, au point de vue curatif, il ne peut encore donner d'autres conclusions que celles qu'il a données au "Congrès de Moscou" et dans son "traité de l'infection puerpérale"; il me charge de vous présenter ses meilleurs sentiments confraternelles.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signé, C. LEMASSON.

Cette lettre du professeur de Baudelocque, pour être la plus courte, est, sans aucun doute, la plus importante que j'aie reçue, parce qu'elle vient du seul accoucheur qui se serve encore du sérum. Elle demande pour être bien comprise beaucoup plus d'explications. Il faut, pour ainsi dire, connaître toutes les idées ou les opinions du professeur depuis l'inauguration du nouveau traitement dit de la sérothérapie. Il faut

presque faire le plaidoyer ou le procès de cette nouvelle méthode. Pour bien comprendre cette lettre il faut étudier soigneusement, méticuleusement, trois travaux, œuvres du célèbre professeur de clinique de Baudelocque. D'abord, il faut relire et analyser une clinique faite en 1895 et intitulée: "*traitement curatif de l'infection puerpérale*," clinique qui, dans les circonstances, semblerait un adieu indécis, ou forcé, à l'ancien traitement qui a réussi à merveille, ou un timide appel au nouveau traitement qui paraît plein d'espérance.

En second lieu, il faut étudier non moins attentivement, dans "*le traité de l'infection puerpérale*," le chapitre de la sérothérapie, qui semble un pas encore plus indécis qui nous éloignerait du traitement local pour nous rapprocher du traitement spécifique.

Enfin, en troisième lieu, il faut connaître "*le rapport au Congrès de Moscou, de 1897*," qui paraît être la condamnation entière de la nouvelle méthode. Cependant on pourrait ajouter qu'il manque à ce dossier un document important: ce document on le retrouvera au prochain Congrès de Moscou, c'est Ribemont Dessaignes et Lepage qui nous le disent. Ce document fera suite au trois premiers parce qu'on a semblé avoir eu des scrupules en prononçant un jugement qu'on a cru insuffisamment élaboré ou qui n'était pas appuyé sur des preuves assez nombreuses. C'est-à-dire qu'après l'arrêt de mort prononcé en 1897 contre la sérothérapie, on a continué à faire de la sérothérapie dans le but d'avoir une statistique bien remplie, bien classée, et voir, si, malgré tout, cette sérothérapie n'aurait pas, dans certaines circonstances sa place bien définie, bien marquée, ne serait-ce que rarement même. N'est-ce pas là l'idée de Pinard qui continue à se servir du sérum? Me suis-je trompé dans mon appréciation? Je le soutiendrais. Mais, je ne comprends vraiment pas autrement pourquoi, fût-il le maître, le chef ou l'école toute entière, un seul réussirait avec un traitement, quand tous les autres — et ils sont nombreux — qui peuvent être des égaux, des collaborateurs, des élèves, des témoins enfin, échoueraient avec les mêmes moyens et dans les mêmes circonstances. Quoi

qu'il en soit de mon appréciation qui est celle de plusieurs confrères, étudions ensemble ces travaux que je vous citais et attendons patiemment le dernier jugement qui se fera au prochain Congrès de Moscou.

MM. Marmoreck, Roger et Charrin venaient à peine de communiquer, à la Société de Biologie, leurs intéressantes expériences avec leurs sérums antistreptococciques, que la voix autorisée de M. le prof. Pinard se faisait entendre, non pas pour sonner le glas funèbre du traitement de l'infection puerpérale qu'il avait préconisé jusque là, mais bien pour exprimer des doutes sur cette fameuse découverte qui semblait promettre, en naissant, une révolution complète. Voyez avec quel sourire ironique, avec quelle idée d'incrédulité il accueille le nouveau traitement dit de la *sérolthérapie*. "Les règles que je vais indiquer, dit-il, en effet (1), ont été établies non pas d'après l'étude de *faits recueillis çà et là et choisis pour mettre en valeur tel ou tel procédé de traitement*, mais d'après les observations et les résultats obtenus depuis douze ans à la maternité de Lariboisière, de 1883 à 1889, et à la Clinique Baudelocque, de 1889 à 1894."

Dans sa leçon clinique de Baudelocque sur le traitement curatif de l'infection puerpérale, M. Pinard prône hautement les résultats superbes obtenus à la suite d'*irrigation intra-utérine intermittente* ou *continue* et du curetage. La méthode a réduit considérablement la mortalité des suites de couches. Elle lui semble, non pas le *Nec plus ultra* de tout traitement curatif, mais au moins quelque chose qui s'en rapproche. En effet, en jetant un regard sur le tableau de cette leçon clinique publiée dans la "Semaine Médicale," 1895, page 373, on est frappé de l'éloquence des chiffres. Voyez, avant 1885, c'est-à-dire en 1883 et 1884, alors que les procédés de traitement employés sont: traitement médical classique, sulfate de quinine, alcool, etc., et le traitement local consistant en irrigations vaginales et intra-utérines intermittentes, la mortalité par infection est au-dessus de 1 pour cent, c'est-à-dire, 1.38 pour cent et 1.13 pour cent. De 1885 à 1893, on a recours aux

(1) *Semaine Médicale*, 1895, p. 373. Traitement curatif de l'infection puerpérale.

irrigations continues et la mortalité diminue d'année en année, et s'abaisse graduellement de 0.79 pour cent à 0.27 jusqu'en l'année 1892. Mais malheureusement en 1893 elle remonte à 0.42. Un fait digne de mention c'est qu'en 1887 la mortalité a été nulle. Ces chiffres sont une preuve éclatante que le traitement par nettoyage ou drainage enlevait en partie le foyer de l'infection et était un acheminement vers un traitement plus actif qui produirait en 1894 un si beau résultat que les années suivantes ne pourraient surpasser même quand on y introduirait un autre élément de traitement. En 1894, sur 2.137 femmes accouchées ou avortées, 4 femmes infectées sont mortes, soit une mortalité de 0.18 pour cent.

"Ce résultat, dit Pinard, le meilleur qui ait été obtenu jusqu'alors à la clinique Baudelocque, ne peut être considéré comme le résultat d'une série heureuse, car le nombre d'accouchés est resté considérable et, si la mortalité a diminué, la morbidité s'est montrée dans des proportions assez inquiétantes, puisqu'on nous avons eu pendant cette période 123 femmes infectées et traitées comme telles."

Ce beau résultat est dû à la nouvelle thérapeutique qui comprend des procédés de traitement bien connus: irrigation intra-utérine intermittente ou continue et curettage.

C'est en face de tels chiffres que M. Pinard croit le doute permis. Il a vraiment raison, et l'expérience des années futures le lui prouvera. Il se croit autorisé à dire que jamais aucun traitement ne devra prendre le pas sur ces procédés qui ont fait leurs preuves depuis plusieurs années. "En admettant, dit-il, que le sérum antistreptococcique tienne toutes ses promesses, le traitement local ne sera et ne pourra être exclus de la thérapeutique de l'infection puerpérale."

Quel doute immense ce simple mot "*en admettant*" ne laisse-t-il pas percer. M. le prof. Pinard fait des restrictions, se tient sur la réserve parce que, plus que tout autre, il connaît l'étiologie de l'infection puerpérale. Ne sait-il pas que Widal a prouvé qu'il y avait des infections puerpérales sans streptocoques, ou à streptocoques associés à d'autres microbes. Depuis cette clinique du maître n'a-t-on pas prouvé que le

streptocoque existait rarement seul dans l'infection puerpérale. Le docteur J.-W. Williams (1), de Baltimore, a examiné bactériologiquement les lochies utérines dans 91 cas d'infection puerpérale, quand la température s'élevait à 101° ou 102°. Sur ce nombre, 16 fois seulement il a trouvé des cultures pures de streptocoques.

Du Bouchet, en examinant les lochies dans 7 cas d'infection puerpérale après accouchement ou avortement, a trouvé le gonocoque une fois, le colibacille une fois. Dans les 5 autres cas il y avait infection mixte (2).

Et le sérum de Marmoreck est dirigé contre le streptocoque!

Chaque mot de la clinique de M. le professeur Pinard a une portée très significative. Même en *admettant* que le sérum tiennent ses promesses il ne le fera qu'avec le secours du traitement local parce que le traitement local agira toujours, même quand l'infection ne sera pas de la streptococcie: parce que le traitement local restreindra le champ d'action des microbes, et empêchera leur pullulation ou leur reproduction au niveau de la porte d'entrée.

Ce mot en "*admettant*" semble donc exprimer plus de doute, plus d'illusion que de véritable espoir. Ce semble même déjà une menace de mort pour le nouveau traitement par la sérothérapie.

Comment, en vérité, un traitement que va contrecarrer les effets pernicieux d'un microbe qui a élu domicile sur des débris renfermés dans la cavité utérine, va-t-il tuer ce microbe et empêcher sa repullulation et sa rentrée dans le torrent circulatoire?

Mais le simple bon sens, paraît nous dire Pinard, veut que d'abord la cause du mal soit enlevée et qu'ensuite on agisse sur les effets. Alors seulement, on espérera obtenir un résultat favorable. Mais ce résultat favorable a été presque toujours atteint sans la sérothérapie. Cependant "*nous avons été vaincus*", dit M. Pinard en terminant sa clinique, et notre tra-

(1) *The American Journal of Obstetrics*, septembre 1899, p. 304.

(2) *The American Journal of Obstetrics*, p. 309, mai 1899.

tement a été impuissant 4 fois sur 123. C'est pour ces cas rares, il faut le reconnaître, que nous comptons sur les bienfaits de l'antitoxine streptococcique."

Ici, encore, combien de sous-entendus? *Nous comptons sur les bienfaits de l'antitoxine streptococcique*, mais seulement s'il s'agit de streptococcie? Et s'il existe dans ces cas graves toutes autres espèces de microbes? Le sérum de Marmoreck n'agit que contre l'infection à streptocoques. Et si ces quatre cas qui *nous ont vaincus* allaient nous vaincre encore comme en 1896. Voyez donc s'il faut compter sur la sérothérapie pour vaincre ces quatre cas. En 1896, année pendant laquelle le sérum est employé comme prophylactif et curatif à la Clinique Baudelocque, il meurt cinq femmes d'infection puerpérale; et, sur ces cinq, quatre fois le sérum avait été administré d'une façon précoce. Il est bien à craindre que l'arme ne soit pas plus puissante une autre année, et qu'elle vienne souvent s'émausser contri les terribles cas de l'infection. Je reviendrai dans quelques instants sur ces phrases.

Mais, avec Pinard, espérons, expérimentons et laissons parler les faits.

(A suivre)

1896
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000

UNE OBSERVATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE (1)

Par

Le docteur Elzéar MOUTERRI (de Rigaud)

La pratique de la médecine à la campagne nous permet souvent d'étudier certains cas que nos confrères des villes rencontrent rarement, sauf sur une table d'hôpital où à l'examen post-mortem.

La hernie a été de tout temps le cauchemar du médecin de nos campagnes. Une hernie étranglée! et aussitôt notre esculape de préparer ses instruments, consulter ses auteurs et partir pour sa visite, un certificat de décès dans ses poches, fort peiné de voir que sa conscience ne l'autorise pas à tenter le grand moyen: l'opération.

Dans tous les pays de l'Europe et aux États-Unis, l'opération de la cure radicale de la hernie est fort en vogue, l'on a imaginé plusieurs procédés opératoires, qui, tous, tendent vers un seul but: obstruer l'anneau, corriger l'écartement des piliers, lesquels permettent la sortie de l'intestin, de l'épiploon.

Hernies crurales, inguinales, et ombélicales, toutes se guérissement sans danger, et l'opération, entre les mains de nos chirurgiens, est devenue facile et d'un emploi journalier.

Au Canada, jusqu'à il y a quelques années, une opération de hernie était chose rare. Je me souviens que, pendant mes quatre années d'études, il y a neuf ans, tout en suivant attentivement nos hôpitaux, il ne me fut donné que trois fois d'assister à une opération pour cure radicale de la hernie.

Qui ne se rappelle encore des longues dissertations de notre vénéré et regretté professeur le docteur Brosseau? Il nous parlait de rapports, de piliers, de Nélaton, de Poupore, il coupait, retranchait, etc., et, les sutures terminées, nous laissions l'amphithéâtre, contents d'une bonne leçon, et bien convaincus que nous venions d'assister à une des opérations importantes de la chirurgie.

(1) Communication lue devant la Société Médicale de Montréal, séance du 18 mars 1892.

Plusieurs parmi nous n'osaient entrevoir le jour qui leur mettrait entre les mains une hernie à opérer, surtout une hernie étranglée.

Je vous sou mets donc l'observation suivante qui, pour plus d'un, aura assurément le mérite d'être utile au moment pressé, et, pour nos maîtres, l'avantage de pouvoir exercer leur jugement, appliquer leurs connaissances, afin d'éclaircir les quelques points qui, pour moi, sont restés obscurs.

OBSERVATION.—Hyacinthe R. . 58 ans, souffre de hernie crurale depuis au-delà de 15 années. Il a toujours porté un bandage, mais un bandage très mal fait et fort mal porté, sa hernie ne l'a jamais fait souffrir, il n'en a jamais été incommodé : pas de constipation, pas de douleurs réflexes, si particulières aux hernies, douleurs des articulations, des pieds, du dos, etc.

La constitution de mon malade est bonne, c'est un nerveux, sanguin, il souffre depuis deux mois d'une légère dyspepsie. Un de mes confrères lui prescrit un peu d'eau de Vichy et tout rentre dans l'ordre.

L'on me fit appeler le 23 février 1902, sur les trois heures de l'après-dîner. Le malade était au lit. En arrivant il m'apprend qu'étant allé dans les bois, surveiller ses bucherons, il a essayé de soulever une branche pesant une vingtaine de livres ; il ajoute avoir immédiatement senti une déchirure dans le bas-ventre, là où siège sa hernie ; le malade se plaint d'une douleur xiphoidienne terrible, angoissante ; du côté de la hernie peu ou pas de douleur ; l'examen de l'estomac ne révèle rien d'anormal, un peu de dilatation, mais pas d'épaississement ; les courbures sont parfaitement conservées, la déglutition est facile, la douleur n'est pas augmentée par la pression, même très forte, il n'y a pas de douleur rachidienne correspondante, l'examen m'est rendu facile, vu la grande élasticité de la paroi abdominale.

A la région crurale, l'examen révèle une tumeur de la grosseur d'un œuf, tumeur relativement dure, et donnant à la percussion une zone supérieure de sonorité tympanique, et une zone inférieure de matité complète.

Je donne une piqure d'atropine dans l'anneau, je place cinq oreillers sous le siège, un peu de chloroforme à la reine, et je commence le taxis. J'y vais très légèrement. Après une première séance de 20 minutes, aucun résultat. Je recommence une deuxième, puis une troisième fois ; j'avais, à mon troisième essai, ponctionné de mon aiguille hypodermique *flambée* la partie sonore de la hernie ; j'ai le plaisir de sentir la masse intestinale me glisser sous les doigts et rentrer dans la cavité abdominale.

Il reste bien une petite élévation aplatie de la région, une bosselure plate, mais le malade me dit que depuis 12 ans cette hypertrophie des tissus existe, il touche lui-même sa tumeur et m'assure que tout est rentré.

Je fais faire des applications chaudes sur la région, je donne une mixture d'opium pour arrêter une toux assez forte qui, à chaque accès, précipite l'intestin à travers l'anneau crurale élargi et ouvert à $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre.

Je revois mon malade sur les huit heures le soir, le pouls est large et plein, la douleur xiphoidienne a augmenté d'intensité, le malade accuse des vomisse-

ments bilieux, localement, aucune douleur, pas de rougeur, la température générale est à $102\frac{3}{8}$ F., la température locale est la même, la légère voussure de la région crurale existe toujours. J'examine attentivement, et je crois sentir sous le doigt un petit morceau d'omentum, le malade est alors pris d'un accès de vomissements; une masse intestinale vient frapper mon doigt, et, en se retirant, entraîne l'omentum que je croyais tenir.

Je laisse mon malade bien convaincu cette fois que le taxis a été un succès. Mais, à 10 heures, les symptômes présentent plus de gravité. Je décide de faire une intervention chirurgicale, et j'appelle en consultation monsieur le docteur Bastien, un vieil ami. Un nouvel examen nous fait croire qu'un morceau d'omentum doit être pris dans l'anneau. Le docteur Bastien donne le chloroforme et, avec le relâchement musculaire complet, en élevant le siège jusqu'à la hauteur du pied du lit, la tête restant en bas, tout disparaît, même la voussure. Je rentre mes scalpels après avoir prié mon confrère de faire, lui aussi, un examen attentif, convaincu cette fois que tout est pour le mieux. Je fais un bon spica de l'aîne, et je place sur l'anneau un marbre recouvert de coton absorbant.

Le malade sort aisément de son anesthésie, il se trouve mieux et je le quitte.

A neuf heures, le 24 au matin, le pouls est petit et vite, il est compressible, la figure est grippée, la peau sèche, la température à $103\frac{1}{2}$ F., la douleur xiphoidienne est terrible, localement plus rien. Je fais tousser le malade, et je sens l'intestin venir et s'en retourner, il est assurément libre de toute adhérence.

Je mets mon malade à l'huile d'olive, une cuillerée à bouche toutes les $\frac{1}{2}$ heures, et une cuillerée d'huile de ricin toutes les 3 heures.

A midi, le malade, depuis 24 heures, n'a pas eu de selles. Je donne une injection d'une pinte d'huile d'olive, injection du colon, et non pas rectale: après 10 minutes, mon malade rejette la douche, mais sans matières fécales. Du côté de l'estomac, depuis minuit, deux accès de vomissements, sans odeur et sans matières fécales, ces vomissements sont fortement teintés alcalins, et très légèrement teints de sang.

Dans l'après-dîner, les mêmes symptômes persistent. Vers le milieu de l'abdomen, à gauche de la ligne blanche, je trouve une zone de tympanisme, c'est le côté où siège la hernie, avec l'hypersensibilité typique de la péritonite. Je fais six injections de 4 centimètres cubes de sérum artificiel à 7 pour mille, et ce, sur tout le pourtour de la zone douloureuse. La douleur disparaît.

La douleur xiphoidienne persiste, à la région herniée; tout est rentré dans l'ordre, il n'y a aucune douleur, aucune voussure; la peau est blanche; la température locale et générale est la même 104 F.

Je continue l'huile d'olive, et j'institue le traitement de la péritonite: onguent napolitain en frictions, atropine et aconitine en injections hypodermiques; je fais une piqure de morphine, le malade dort deux heures.

A 7 heures le soir la péritonite est généralisée; je fais 8 nouvelles injections de sérum, mais sans succès apparent; les symptômes augmentent d'intensité, la respiration s'accélère, le pouls est très vite, petit, la respiration à 28, la figure horriblement grippée. Je donne une nouvelle piqure de morphine, je continue le traitement, et le lendemain à 10 heures, mon malade meurt avec toute sa connaissance.

Il me fut impossible de faire l'autopsie.

J'ai certainement eu affaire à une péritonite sur-aiguë, mais quelle en a été la cause? En sentant cette déchirure dont le malade se souvient, n'y aurait-il pas eu, en même temps, une rupture du duodénum. Le malade souffrait-il d'ulcère rond, et y aurait-il eu perforation à la suite de l'effort spasmodique de l'intestin par la constriction à l'anneau crural?

Ou bien encore, ai-je réduit la hernie en masse? L'anneau était très grand et l'intestin s'était peut-être étranglé à travers l'épiploon.

Je ne crois pas avoir pu gangréner mon intestin en faisant le taxis, ayant mis, à cette opération, toute la délicatesse possible: Je faisais entonnoir, mais si légèrement que je ne pouvais affecter la région malade: il n'est pas, non plus, possible qu'il soit resté ou de l'intestin ou de l'omentum dans l'anneau, car, après le chloroforme et le taxis, douze heures après l'accident, dans la position où j'avais placé mon malade, un étudiant pouvait limiter l'anneau, et constater qu'il était libre de toute adhérence, puis, avec les vomissements, ce choc d'aller et de retour n'existe que pour un intestin libre.

L'étranglement n'était pas franc: je veux dire que la masse étranglée n'avait pas encore subi de congestion par arrêt de la circulation, l'intestin était étranglé, mais les vaisseaux fonctionnaient, il n'y avait presque pas de douleur, et la tumeur n'avait pas encore cette sensation dure de la hernie étranglée depuis longtemps.

Je conclus, de là, qu'ayant immédiatement remis la masse de l'intestin, il aurait été impossible, pour un omentum pris pendant 10 heures, de causer, à sa rentrée dans la cavité abdominale, une péritonite sur-aiguë avec mort dans les 48 heures.

Aurais-je dû faire une laparatomie? Peut-être: mais ouvrir la cavité abdominale avec une péritonite sur-aiguë, faire de l'antisepsie du péritoine à la campagne, dans une chambre de malade, avec un seul aide, ce sont là des désavantages: et puis, dans les cas de péritonites, les laparatomies avec lavages ont donné, jusqu'à maintenant, de si pauvres résultats, que je n'ai pas osé.

Après mes premières séances de taxis, j'aurais assurément fait l'opération du débridement et de la cure radicale, ayant apporté tous mes instruments à cette fin, mais, convaincu d'une réduction complète, il m'eut paru barbare d'opérer pour faire l'opération.

Je sou mets cette observation, et je demanderais à mes confrères, qui, plus que d'autres, s'occupent de chirurgie, de vouloir bien discuter les points saillants de ce cas.

Je me hâte pourtant de dire que, dans le cas d'un autre malade présentant les mêmes symptômes, je débriderais l'anneau et je ferais l'opération de la cure radicale.

Si l'intestin ne pouvait exécuter la gravité des symptômes, je ferais une laparatomie, sans scrupules, au lieu d'intituler mon travail " hernie étranglée ". je pourrais peut-être écrire, rupture du déodénum, de l'intestin, ulcère rond avec perforation, réduction en masse, gangrène intestinale, résection intestinale, etc.

En terminant, je me permettrai de dire que, jusqu'à maintenant, j'ai rencontré trois cas de hernies étranglées: deux aux Etats-Unis et un ici.

Une fut réduite par le taxis, après 11 heures, avec 3 séances de 20 minutes: l'autre fut guérie par le débridement, les deux étaient des hernies inguinales directes.

REVUE GÉNÉRALE

INDIGESTION. — EMBARRAS GASTRIQUE. — GASTRITES AIGUES.

Par H. HERVIEUX

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval.

I. INDIGESTION. — Les indications thérapeutiques de l'indigestion sont faciles à remplir.

Il arrive quelquefois que l'on puisse couper court à une indigestion imminente en faisant prendre une potion stimulante des fonctions digestives. Ainsi, quand les causes de l'indigestion sont légères et que les symptômes sont peu accusés, il suffit quelquefois de faire prendre une tasse d'infusion chaude, de thé de tilleul, de camomille ou un verre d'eau de Vichy. Chez d'autres une dose d'alcool ou d'un élixir digestif quelconque peut faire rétrocéder les symptômes d'indigestion et forcer, pour ainsi dire, l'estomac à terminer une digestion qui sans cela eut été impossible.

L'indigestion doit-elle être complète? Il faut aider l'estomac qui spontanément cherche à se débarrasser de son contenu. Les efforts de vomissements peuvent être déterminés par la titillation de la luette ou par l'ingestion rapide d'une forte quantité d'eau tiède ou d'une légère infusion stimulante à une température moyenne. Si les vomissements tardent à se produire, il faut les provoquer par une dose d'émétique ou de poudre d'ipéca, ou bien encore par une injection hypodermique d'*apomorphine*. Puis l'évacuation sera complétée par l'ingestion de grandes tasses d'eau tiède qui sera immédiatement rejetée et qui facilitera l'acte du vomissement.

Si, à la suite, il y a des coliques et un peu de diarrhée, l'on prescrira les purgatifs salins: *citrate de magnésie*, *sulfate de soude*, *sulfate de magnésie*, ou l'une quelconque des nombreuses eaux minérales purgatives. Après la débâcle intestinale, il suffit de laisser, pendant quelques 24 ou 48 heures, le

tube digestif dans un repos à peu près complet pour voir tout rentrer dans l'ordre; l'on se contentera pendant ce court temps de convalescence de donner de l'eau de Vichy souvent et par petites quantités à la fois.

L'on devra faire reprendre progressivement et avec précaution la diète générale.

Si l'on a affaire à une indigestion qui semble grave, il vaut mieux recourir immédiatement au *lavage de l'estomac* plutôt que de s'adresser aux médicaments évacuateurs.

Les évacuations terminées, c'est le moment de combattre les derniers symptômes: amertume de la bouche, haleine fétide et production de gaz putrides, en faisant de l'antisepsie des voies digestives pendant 2 ou 3 jours, au moyen du Naphthol B ou du *benzonaphthol*, etc. Il faut bien diluer ces antiseptiques pour qu'ils n'irritent pas la muqueuse stomacale.

II. EMBARRAS GASTRIQUE.—Nous ne parlons ici que de l'embarras gastrique aigu fébrile, s'accompagnant de symptômes généraux, frissons, fièvre, courbature, céphalalgie, etc., laissant de côté les troubles digestifs qui accompagnent la plupart des maladies infectieuses et qui se traduisent par de l'inappétence, un état nauséux, de la constipation ou de la diarrhée.

L'embarras gastrique peut se présenter sous des formes cliniques diverses. Léger: il est caractérisé par du malaise, des maux de tête, quelques frissons, un peu d'élévation de température, le soir, rémission complète le matin, la langue est sale, l'appétit nul, les digestions sont difficiles et quelquefois accompagnées de nausées ou de vomissements.

Plus intense, l'embarras gastrique peut débiter brusquement par des symptômes généraux, en apparence sérieux avec une température de 40°. C'est la synoque qui peut durer quelques jours et faire croire à une typhoïde dans certains cas.

Le traitement comporte trois indications: 1° évacuer les matières alimentaires contenues dans l'estomac et dans l'intestin; 2° faire l'antisepsie du tube digestif; 3° favoriser l'élimination des toxines absorbées.

1° L'évacuation des matières sera réalisée par la médication évacuante, c'est-à-dire par le lavage de l'estomac, les lavements intestinaux, les vomitifs et les purgatifs.

Le purgatif sera énergique, *calomel* et eau minérale purgative administrés au début et répétés à moins fortes doses à quelques jours de distance. Les cholagogues seront préférés si l'embarras gastrique s'accompagne d'un peu d'ictère. Les drastiques sont trop irritants et l'huile de ricin est souvent mal supportée.

Les antiseptiques peuvent être associées aux purgatifs. dans tous les cas ils seront administrés après la purgation. Si l'embarras gastrique s'accompagne d'hyperchlorhydrie, l'on combattra cet état par la médication alcaline, en s'adressant de préférence à *l'eau de Vichy* mieux supportée que les poudres alcalines.

L'élimination des toxines sera aidée par la médication diurétique. Faire boire aux malades le plus possible de lait, d'eau de Vichy, et de tisanes diurétiques.

III. GASTRITES AIGUES.—Pour les besoins de la clinique thérapeutique il convient de diviser les gastrites aiguës en deux classes: la gastrite catarrhale ou infectieuse et la gastrite toxique.

Dans toute gastrite catarrhale aiguë, la première chose à faire est de régler l'alimentation de manière à mettre l'organe au repos. L'on permettra l'usage des boissons glacées, légèrement alcoolisées chez les sujets qui habituellement ne font pas usage d'alcool. Ces boissons seront données et petites quantités souvent répétées.

Quand la gastrite est due à l'abus de l'alcool il vaut mieux prescrire les boissons alcalines glacées: eaux de Vichy, de Vals, etc.

Pour combattre les vomissements, l'on se trouvera bien du champagne coupé avec de l'eau de Vichy.

Comme aliments, l'on donnera le lait peu ou coupé d'eau de Vichy et pris, lui aussi, froid et en petites quantités répétées à toutes les deux heures. Quand l'estomac deviendra plus tolérant l'on ajoutera des jaunes d'œufs ou du bouillon

froid à cette diète lactée, plus tard l'on reviendra peu à peu à l'alimentation normale en commençant par les peptones et les viandes crues.

L'un des plus puissants moyens de combattre la gastrite catarrhale aiguë est de donner des purgatifs salins qui débarrassent le tube digestif des produits incomplètement digérés ou en décomposition, et qui produisent, en même temps, un appel sanguin vers l'intestin, décongestionnant d'autant la muqueuse stomacale et en modifiant les sécrétions.

Si les purgatifs ne suffisent pas pour modifier rapidement l'état de la muqueuse stomacale, l'on pratiquera le lavage de l'estomac à tous les jours ou à tous les deux jours selon l'effet obtenu.

Le suc stomacal, sous l'influence de la gastrite est modifié dans sa composition, il ne contient plus autant d'acide chlorhydrique et de pepsine.

Il y aura donc indication ici de donner de faibles doses d'*acide chlorhydrique* suffisamment dilué: v. g. deux ou trois cuillerées à thé par jour d'une solution au centième.

D'après Contant, les acides minéraux forts, (acide nitrique, acide sulfurique), convenablement dilués donnent les meilleurs résultats.

La *pepsine* ou mieux la *papaïne* sont indiquées quand il y a intolérance pour les aliments.

La douleur au creux épigastrique, est combattue en donnant $\frac{1}{4}$ à 1 centigramme de *cocaïne* en solution quelques minutes avant l'ingestion de boissons ou d'aliments.

L'eau *chloroformée* réussit aussi assez bien à calmer la douleur.

Si la douleur est trop intense, l'on est quelquefois forcé de recourir à l'injection hypodermique de *morphine*.

Quand ce symptôme douleur est tenace sans être trop aigu, l'on peut tenter de faire de la contre irritation au niveau du creux épigastrique: *pointes de feu, vésicatoire*, etc.

Les gastrites toxiques aiguës sont causées par l'ingestion de poisons irritants.

Les indications de traitement ici seront remplies par l'administration d'un antidote qui neutralisera l'effet local du poison. Si, par exemple, c'est un acide qui a été dégluti, l'on donnera de l'eau de chaux, de la magnésie, etc.; si au contraire le poison ingéré est une base caustique, v. g. de la potasse, l'on administrera, de l'acide citrique, du vinaigre, etc.; si c'est de l'arsenic l'on fera prendre du sesquioxyde de fer, etc., etc.

Une autre indication est de faire évacuer le poison irritant. L'on réalisera ce but par les vomitifs: ipéca, émétique, apomorphine, etc., ou encore au moyen du tube et du lavage de l'estomac.

Enfin il faudra, de toute nécessité, calmer la douleur qui dans ces cas est généralement atroce. L'on arrivera à faire disparaître ce symptôme par l'administration de 1/2 cocaïne à l'intérieur, ou mieux par l'injection hypodermique de morphine.

ACTUALITES MÉDICALES

PREMIER CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS
DE L'ANGLAISE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD
25, 26 et 27 JUIN 1902, à QUÉBEC

CINQUANTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL.

L'Université Laval célébrera bientôt ses noces d'or. En l'honneur de ce mémorable cinquantenaire, quelques médecins éminents de la province de Québec ont pensé que l'heure était venue de fonder une Association Générale de Médecine composée de tous les médecins français de l'Amérique du Nord dont un grand nombre sont les élèves distingués, et tous, les amis sincères. Dans le but de donner à ce magnifique projet un caractère officiel et permanent, ils ont nommé les officiers généraux et spéciaux, qu'ils ont choisis dans les différents districts des provinces de Québec et Ontario, ainsi qu'aux États-Unis, et ils ont résolu de tenir le premier Congrès à Québec, les 25, 26 et 27 juin prochain.

Le désir des promoteurs de cette grande Association est de centraliser les forces éparses de la profession médicale française en Amérique, dans un but de progrès général: de resserrer les liens qui doivent nous unir si intimement à notre Université nationale; enfin, d'utiliser notre savoir au perfectionnement d'une science qui le demande sans cesse et dont nous sommes les représentants autorisés.

En conséquence, nous osons espérer que chaque médecin canadien-français se fera un devoir de s'enroller comme membre actif de cette association.

Nous reproduisons ci-après la copie des règlements qui ont été approuvés en réunion générale.

On voudra bien adresser au trésorier assigné à chaque district, ou au secrétaire général, à Québec, le montant de la contribution, *trois dollars*. On recevra, par le retour de la malle, le reçu et la carte d'identité qui donnera droit à tous les privilèges accordés aux membres congressistes.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL DU 1^{er} CONGRÈS DE MÉDECINE

ART. I. — Le 1^{er} Congrès de Médecine se réunira à Québec, dans les jours du 25 au 27 juin 1902 à 9½ hrs, dans les salles de l'Université Laval. La cloture se fera le 27 juin.

Le but du congrès est double: l'avancement scientifique et l'étude des questions d'intérêts professionnels.

ART. II. — Le Congrès se composera des médecins nationaux et étrangers qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

ART. III. — Le montant de la cotisation est de *trois dollars*. Cette somme doit être versée à l'un des deux trésoriers (1), lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité qui lui servira de document pour pouvoir profiter des avantages réservés aux congressistes.

ART. IV. — Les membres du Congrès dûment inscrits auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

ART. V. — Ils auront droit aux comptes-rendus des travaux du congrès.

ART. VI. — Les comptes-rendus du Congrès seront remis aux Congressistes qui y auront droit aussitôt après leur publication.

ART. VII. — Le Congrès sera divisé en quatre sections:

- 1° Chirurgie et spécialités;
- 2° Médecine, maladies nerveuses et mentales;
- 3° Gynécologie, obstétrique et pédiatrie;
- 4° Hygiène et intérêts professionnels.

(1) Les trésoriers sont: M. le Dr. Cleroux, pour Montréal, 1105 rue Ontario; M. le Dr A. Marois, pour Québec et les autres districts, rue St-Louis.

ART. VIII. — Un comité exécutif, composé du président, les secrétaires généraux et trésoriers, des présidents et secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

ART. IX. — Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblée générale, soit en réunions des sections.

ART. X. — Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'organisation, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera le président d'honneur.

Dans la séance de clôture, on rendra compte des délibérations de Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son Bureau.

ART. XI. — Les comités des sections organiseront leur programme de travaux. (Lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc.)

Chaque section nommera ses présidents d'honneur et désignera ses secrétaires adjoints.

ART. XII. — Le président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie pour tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

ART. XIII. — Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 10 minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 5 minutes de réplique. Néanmoins, le président, quand l'importance du sujet le justifiera, pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section, avant le lever de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

ART. XIV. — Les communications se référant aux travaux du Congrès devront parvenir au secrétaire général au plus

tard le 30 mai. On n'exige que les notes et un résumé succinct en forme de conclusions.

ART. XV. — On pourra présenter des communications après le 30 mai et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après la discussion de celles qui auront été présentées dans le délai prescrit.

ART. XVI. — Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes-rendus.

ART. XVII. — La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera le français.

Article supplémentaire.

Les Dames accompagnées des Congressistes pourront assister aux fêtes qui seront données en l'honneur des membres.

AMERICAN MEDICO-PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

A propos de la prochaine réunion, à Montréal, les 17, 18, 19 et 20 juin, de l'American Medico-Psychological Association, quelques mots, sur son origine, sa constitution et son but, empruntés à notre confrère aîné en médecine mentale, monsieur le docteur T.-J.-W. Burgess, de Verdun (1), ne manqueront pas, je crois, d'actualité.

La paternité de l'idée de cette Association appartient au Dr Samuel-B. Woodward, surintendant du Massachusetts State Lunatic Hospital, à Worcester, et au Dr Francis-T. Stribling, surintendant du Western Lunatic Asylum of Virginia, à Staunton. Durant une visite du Dr Woodward à son confrère de Staunton, le profit mutuel qu'ils retirèrent de l'échange de vues sur l'administration des asiles les persuada de l'avantage que retirerait la cause des aliénés de réunions périodiques où se consulteraient tous les médecins directeurs d'asiles. A cet effet, le Dr Woodward, à son retour, passa par Philadelphie voir le Dr Thomas-S. Kirkbride du Pennsylvania Hospital for the Insane pour en conférer, et se mettre en correspondance, à ce sujet, avec le Dr William-M. Aul, de l'Ohio Lunatic Asylum, Columbus, et tous les médecins qui étaient intéressés à l'œuvre.

Le résultat fut une réunion des surintendants médicaux des asiles dans une hôtellerie très renommée à cette époque, Jones Hotel, à Philadelphie, le 16 octobre 1844, où s'organisa "The Association of Medical Superintendants of American Institutions for the Insane." Il fut résolu que tous les surintendants médicaux des différentes institutions pour les aliénés existant légalement alors aux États-Unis, ou qui s'y établiraient avant la réunion prochaine, fussent élus membres de l'Association. A l'assemblée suivante, la portée de cette résolution fut étendue pour permettre de recevoir dans l'Associa-

(1) In *Montreal Medical Journal*.

tion les surintendants médicaux de tous les asiles du continent.

Les officiers élus à la première assemblée furent le Dr Samuel-B. Woodward, Président; le Dr Samuel White, Vice-Président; et le Dr Thomas-S. Kirkbride, Secrétaire-Trésorier.

L'Association Américaine n'est donc que de trois ans plus jeune que sa sœur aînée, la Médico-Psychological Association of Great Britain and Ireland, cette Société ayant été fondée en juin, 1841, et ayant tenu sa première assemblée, à Nottingham, en novembre de la même année.

Des treize membres présents à la première assemblée, à Philadelphie, et connus parmi les aliénistes américains sous le nom de "Original Thirteen," tous sont décédés. Le dernier survivant, mais non le moins brillant de ce groupe d'hommes illustres fut le Dr Pliny Earle, mort le 17 mai 1892. Mais l'Association dont ils jetèrent les bases reste comme un monument impérissable de leur gloire, de leur bienveillance et de leur philanthropie.

"We live in deeds, not years; in thoughts, not breaths;
In feelings, not in figures on a dial.
We should count time by heart-throbs. He most lives,
Who thinks most, feels the noblest, acts the best."

Un aperçu, même sommaire, des principes généraux établis, au cours des premières assemblées de l'Association, sur tous les sujets importants concernant le soin des aliénés, demanderait plus de temps et d'espace qu'en comporte cette simple notice. L'étendue de ces principes embrassant la construction et l'organisation des asiles; le traitement médical, moral et hygiénique des maladies mentales; les statistiques, l'étiologie et la prophylaxie de la folie; les principes de lois qui doivent diriger la jurisprudence en matière de maladies mentales, etc. Qu'il suffise de dire que ces principes avaient, dès l'ors, une telle valeur qu'aujourd'hui encore, ils servent de base à la direction et à l'administration des asiles.

En 1892, l'Association changea son nom en celui d'Ame-

rican Medico-Psychological Association, et définit de nouveau son but qui est " L'étude de tous les sujets concernant les maladies mentales, comprenant le soin, le traitement et le progrès des intérêts des aliénés." Il fut aussi résolu que pourraient être membres actifs tous les médecins des États-Unis et de l'Amérique Britannique qui s'occupent spécialement de maladies mentales.

Depuis son origine, en 1844, jusqu'à ce jour, l'Association s'est réunie chaque année, à l'exception d'une seule fois. A cause de l'état de trouble dans lequel s'est trouvé plongé le pays par la guerre civile, en 1861, l'assemblée qui devait avoir lieu cette année-là à Providence, Rhode Island, fut remise à l'année suivante. Durant tout ce temps, cette organisation ne s'est assemblée que trois fois au Canada, savoir: Québec, en 1858, et à Toronto, en 1871 et en 1881. Cette année sur l'invitation de la Médico-Chirurgical Society, elle tiendra sa cinquante-huitième convention annuelle à Montréal, qu'elle honorera de sa présence pour la première fois. Il est du devoir de tous les membres de la profession de réunir leurs efforts pour le succès de cette première visite, et pour honorer, comme elle le mérite, une société qui a tant aidé à donner aux hôpitaux américains pour aliénés cette haute réputation qui les place au rang des premiers hôpitaux du monde. Les officiers actuels de l'Association sont: le Dr R. J. Preston, de Marion, Va., Président; le Dr G.-Alder Blumer, de Providence, R. I., Vice-Président; et le Dr C.-B. Burr, de Flint, Mich., Secrétaire-Trésorier.

La convention réunira probablement pas moins de cent-cinquante médecins parmi ceux qui ont fait, du soin des aliénés, l'objet principal de leur vie. Le Lieutenant-Gouverneur de la province, le Maire de Montréal, et le Président de la Montreal Medico-Chirurgical Society souhaiteront la bienvenue à nos visiteurs. L'adresse annuelle, qui est toujours dévolue à un médecin pris hors des rangs de l'Association, sera faite par le Dr Wyatt Johnston, qui a choisi pour sujet, "The Medico Legal Appreciation of Trauma in its Relation to Abnormal Mental conditions."

Le Comité de Réception, choisi par l'Association à sa dernière réunion, tenue à Milwaukee, Wis., se compose des Drs T.-J.-W. Burgess, G. Villeneuve, J.-V. Anglin, E.-P. Chagnon, et James Perrigo, de Montréal, et du Dr Vallée, de Québec. Ce comité s'est adjoint les messieurs suivants: les Drs G.-E. Armstrong, T.-G. Roddick, Jas. Stewart, A. Macphail, M.-G. Shepherd, A.-R. Marsolais, Hon. Jas. Guerin, E.-P. Lachapelle, R. Boulet, et F. Devlin.

Le siège de la convention sera à l'Hôtel Windsor, ou le salon des dames a été retenu pour la lecture des communications et la dépêche d'autres affaires.

E. P. CHAGNON.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 6 Mai 1902

Présidence de M. le Dr VALIN.

Procès-verbal.

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

Rapports.

1° M. OSCAR MERCIER rapporte un cas de rein et de foie flottants occasionnés par une vésicule surdistendue et remplie de calculs avec opération et guérison. (Voir plus haut.)

Discussion.

M. ALPHONSE MERCIER. Le rapporteur dit, dans son observation, qu'il a fixé le foie en place en amenant la vésicule biliaire au sommet de son incision et en la fixant dans la plaie; je ne comprends pas bien comment ce procédé peut arriver à maintenir en place le foie, si celui-ci est réellement sorti de sa loge.

M. OSCAR MERCIER. Je crois ce procédé inédit; cependant je suis d'opinion que, dans certaines circonstances, on peut en obtenir des résultats très-satisfaisants. Dans ce cas, la vésicule biliaire agit comme sangle de suspension et, comme j'ai fait la fixation au sommet de la plaie, le foie se trouvait absolument remis en place.

2° M. LESAGE rapporte l'observation d'une malade qu'on avait apportée dans le service de l'Hôpital Notre-Dame, l'été dernier, intitulée "*l'odyssée d'une typhoïdique.*" (Voir plus haut.)

Discussion.

M. LECAVELIER. M. LeSage nous laisse croire que, lorsque la réaction est positive, le diagnostic de fièvre typhoïde s'impose. Mais, lorsque celui-ci est négatif, peut-on pour cela, nier

la maladie? S'il fallait attendre la réaction de Widal pour faire nos diagnostics, nous ne les ferions souvent qu'après la fin de la maladie.

M. ALPHONSE MERCIER fait remarquer que dans le cas rapporté par M. LeSage, le diagnostic de la maladie pouvait se faire sans l'épreuve du séro-diagnostic. L'histoire du début de la maladie, la fièvre, les hémorrhagies intestinales, l'augmentation du volume du foie et les douleurs dans l'abdomen ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection.

M. LESAGE. J'insiste sur le fait que nous avons affirmé le diagnostic par le seul *séro-diagnostic*, alors que nous n'avions aucun renseignement. Sans doute les signes cliniques étaient manifestes, mais nous n'en savions rien au moment de l'examen. Quand à affirmer une fièvre typhoïde lorsque le séro-diagnostic est positif je réponds par l'affirmative en principe. Lorsqu'il est négatif, on ne peut s'en prévaloir pour nier une fièvre typhoïde, car il faut bien savoir que la réaction peut s'opérer même dans la dernière phase de la maladie, comme la chose a été observée dans notre service à l'hôpital Notre-Dame chez un jeune homme. Des examens répétés ont été négatifs durant toute la durée de la maladie, malgré les signes cliniques évidents de fièvre typhoïde; nous avons obtenu la réaction positive dans les cinq jours qui ont précédé son exit.

M. ALPHONSE MERCIER. Je crois qu'une des causes des erreurs qui sont quelquefois commises dans les laboratoires publics vient de ce que, au lieu de rechercher l'agglutination sous le microscope, on se contente de déposer une goutte de sang suspect dans une culture de bacille et de l'examiner par transparence après l'avoir placée à l'étuve pendant 24 heures.

Le sérum de malades atteints de plusieurs affections différentes peut agglutiner le bacille d'Eberth. Seulement le sérum du typhique seul peut l'agglutiner à 1 pour 50.

M. Mercier fait remarquer qu'il ne faut pas demander aux nouvelles méthodes de diagnostic plus qu'elles ne peuvent donner. Comme les symptômes, elles n'ont de valeur qu'en autant qu'elles s'accordent ensemble.

M. LAURENT rapporte une erreur de diagnostic commise à cause d'une réaction positive chez un de ses malades. Deux jours après le rapport positif, le malade était absolument guéri. Il a recherché dans l'histoire antérieure de son malade pour expliquer ce résultat et il a cru découvrir une fièvre typhoïde ébauchée l'année précédente.

M. HERVIEUX. Souvent les erreurs viennent de l'interprétation que l'on donne aux résultats obtenues, comme M. Mercier le faisait remarquer. Le sérum des malades atteints de fièvre typhoïde n'est pas le seul qui puisse agglutiner le bacille d'Eberth et pour avoir un résultat certain il ne suffit pas d'une agglutination à 1 pour 20; il faut répéter l'épreuve à 1 pour 50 et même 1 pour cent.

Le Dr Hervieux a reçu, d'un laboratoire, un séro-diagnostic positif pour une de ses malades qui est morte de méningite tuberculeuse.

M. MARIEN croit qu'une grande partie des erreurs sont dues au manque de connaissances de ceux qui opèrent. Il ne suffit pas d'avoir quelques légères notions de microscopie pour pouvoir interpréter les différentes méthodes de diagnostic que peut nous fournir le laboratoire.

Il est d'opinion que la plupart des erreurs rapportées plus haut par les membres de la Société auraient été évitées si l'on s'était adressé à un bactériologiste compétent.

3° M. HERVIEUX rapporte l'observation d'une malade chez qui des *hématémèses* très considérables ont été arrêtées par l'ingestion d'une solution de gélatine.

Cette malade avait été opérée il y a 3 ans pour caeculs biliaires et semblait jouir d'une bonne santé, lorsqu'elle fut prise subitement un soir de vomissement de sang. Le rapporteur évalue à 800 ou 1,000 grammes la quantité de sang perdu. Les vomissements s'étaient reproduits à trois reprises différentes. Ils ont cessé immédiatement après l'ingestion d'une solution de 10 grammes de gélatine blanche pour 200 grammes d'eau.

Discussion.

M. LE SAGE. Il y a trois ans, j'ai rapporté, ici même, plusieurs observations tendant à démontrer les propriétés hémostatiques de la gélatine. Dernièrement, j'ai pu arrêter une hémorragie abondante par une seule injection sous-cutanée de gélatine en solution à 2 p. 100 dans l'eau salée à 7 p. 1000 à la dose 50 grammes en une seule fois. Le seul inconvénient réside quelquefois dans une douleur au point d'injection due à l'empatement passager, mais qui disparaît peu à peu. Il faut aussi avoir le soin de prendre une gélatine blanche et non la gélatine de commerce ordinaire, il faut la laver soigneusement et la faire dissoudre dans l'eau bouillante durant 20 minutes au moins.

M. LECAVELIER fait un exposé des différents traitements qui ont été préconisés dans l'hématémèse et dit que tous semblent agir assez favorablement. Dans le cas cité plus haut il se demande si la gélatine n'a pas seulement précédé la cessation de l'hémorragie.

M. VALIN. L'on ne comprend pas encore bien la manière d'agir de la gélatine dans l'hémorragie, et les expériences de laboratoire n'ont pas confirmé les renseignements que nous ont fournis les observations cliniques.

Il est certain que la gélatine a à son crédit plusieurs cas de guérisons d'hémorragies très graves.

La prochaine séance aura lieu mardi, 20 mai 1902.

Le secrétaire,

J.-P. DÉCARIE.

AVIS

Dans le numéro prochain nous reproduirons dans son entier le *bill Roddick* tel qu'adopté par les Chambres d'Ottawa, avec les amendements subis au Comité des bills privés et au Sénat. Nous le ferons suivre de quelques commentaires sur son opportunité et ses avantages à certains points de vue dans sa forme nouvelle et l'importance des amendements adoptés qui en ont, pour ainsi dire, changé le but et amélioré l'esprit.

ANALYSES

MEDECINE

Collections sous-cutanées purulentes ou huileuses à bacille d'Eberth, par WIDAL et LESOURD, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 23 janvier 1902.

Chez une jeune fille de 24 ans, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, les auteurs ont vu se développer trois collections huileuses au niveau des points où avaient été pratiquées des injections médicamenteuses. Au cours de la maladie, qui avait été grave, on avait pratiqué des injections de caféine et de sérum artificiel. On a remarqué qu'un abcès s'était développé à la suite d'une injection de caféine. L'ensemencement fait a donné du straphylocoque et de l'Eberth. Dans ce cas, le liquide avait l'apparence et les caractères chimiques de l'huile.

Cette observation est semblable à celle qui a été rapportée à la Société Médicale de Montréal, séance du 18 février.

J.-A. LESAGE.

L'Odysée d'un simulateur.—A. CULLERRE, *Archives d'anthropologie criminelle*, No 83, 15 septembre, 1899.

Lorsque M. Cullerre vit V. : il avait été interné plusieurs fois après ordonnances de non lieu rendues consécutivement à son arrestation ou par transièremment d'office, après condamnation.

Les délits relevés contre lui étaient 1° vagabondage : condamnation ; 2° vagabondage : non lieu et collocation à Ste-Anne ; 3° escroqueries : aucun renseignement ; 4° escroqueries : non lieu, collocation ; 5° vol qualifié : condamnation, collocation ; 6° vagabondage : non lieu, collocation ; 7° fabrication et émission de fausse monnaie : non lieu, collocation ; 8° idem : non lieu, collocation ; 9° idem : non lieu, mise en liberté ; 10° idem : non lieu, collocation ; 11° idem : rapport de responsabilité par Cullerre et Blé, condamnation et emprisonnement.

Après l'exposé clinique des faits observés par l'examen direct auquel V. avait été soumis, M. Cullerre conclut en disant : En somme, aucun diagnostic précis ne se dégage de l'exemple symptomatique dont nous venons de donner la physionomie. Nous trouvons associés trois ordres de phénomènes qui, dans l'ordre habituel des choses, s'excluent les uns les autres, ou tout au moins ne se montrent que successivement et à intervalles éloignés, chez le même aliéné ; ce sont 1° l'hébétude mentale avec amnésie ; 2° l'exaltation maniaque ; 3° le délire de persécution.

L'examen de l'existence de V. révèle des faits très significatifs qui viennent à l'appui des conclusions tirées de l'observation clinique.

1° Aucune des nombreuses admissions de V. dans les asiles d'aliénés ne s'est faite dans les conditions où s'opèrent habituellement les placements des aliénés.

Invariablement avant d'être envoyé à l'asile, V. a passé par la prison ; ce n'est jamais sur l'initiative de l'autorité administrative et pour cause de sécurité publique qu'il a été colloqué à l'asile, mais toujours comme irresponsable et après avoir été appréhendé et poursuivi par la justice.

2° Des nombreuses poursuites encourues par V., aucune n'est de celles qui amènent l'arrestation des aliénés avérés. Les crimes commis par les aliénés sont presque invariablement des crimes passionnels, des attentats contre les

personnes et contre les choses; si par hasard un aliéné commet un vol ou un délit vulgaire, on peut être certain d'avance qu'il s'agit d'un paralytique ou d'un dément, et l'acte commis est marqué au coin de la faiblesse d'esprit ou de l'inconscience. Mais les actes reprochés à V. n'ont rien qui permet de les rattacher à l'une ou à l'autre de ces catégories. Cette phase de l'existence de V. rappelle beaucoup la vie du délinquant et pas du tout celle de l'aliéné. L'escroquerie, le vol qualifié, la fabrication de fausse monnaie n'ont en général rien à faire avec l'aliénation mentale.

3° Un troisième fait d'une grande importance c'est la façon dont évoluent les accès de folie de V. Le trouble mental commence à se manifester au moment précis où il est arrêté. Tous les témoignages s'accordent à reconnaître qu'immédiatement auparavant il était lucide, calme, très poli, très convenable et très intelligent. Soudain son crime découvert et son arrestation opérée, V. se met non seulement à délirer, mais à manifester une confusion mentale profonde. Il n'est pas moins curieux de constater que le trouble mental se prolonge au moins invariablement jusqu'au moment où est rendue l'ordonnance de non lieu et cesse aussitôt après.

Tout en admettant être parvenu par l'observation directe à mettre hors de doute l'existence d'aucune forme caractérisée de folie, l'auteur ajoute que néanmoins le souci de la vérité l'oblige à dire qu'il a constaté chez V. une réelle déséquilibre mentale, un esprit bizarre, défiant, orgueilleux, des tendances mystiques très réelles et une dépravation morale qui le fait poser volontiers en fanfaron du crime. Le simulateur d'ailleurs ne va pas sans dispositions mentales incorrectes et tous les auteurs qui ont étudié la médecine légale des aliénés s'accordent à reconnaître dans les simulateurs des déséquilibrés, des dégénérés, ou des candidats à la folie, mais il ne saurait résulter de cette donnée clinique que le simulateur soit irresponsable de ses actes.

M. Cullerre termine cette observation par les remarques suivantes :

Maintenant, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les documents qui précèdent, une remarque en surgit tout d'abord, c'est que, dans les nombreuses expertises dont cet individu a été le sujet, aucun des médecins qui en furent chargés n'a songé à examiner s'il y avait quelque relations entre les actes incriminés et l'état mental réel ou simulé du prévenu, et si le mobile auquel il avait obéi découlait, dans une mesure quelconque, d'un trouble psychique correspondant. Il y a là un défaut de méthode bien singulier, et d'autant plus regrettable, que s'ils se fussent posé cette simple question : Y a-t-il quelque rapport entre ce délire et persécution et l'action réitérée de voler avec effraction ou de fabriquer de la fausse monnaie? aucun des experts, si étranger qu'il fut à l'étude de l'aliénation mentale, n'eut manqué de constater immédiatement la contradiction qui existe entre les deux termes du problème et de concevoir des doutes sur la réalité du désordre mental.

"La véritable mission du médecin expert dans les questions relatives à l'aliénation mentale, disait encore M. Molet au congrès d'Angers, est sur-tout à rattacher l'acte incriminé à un état pathologique antérieur, de montrer qu'il est tout entier sous sa dépendance, qu'il s'explique par l'influence de causes différentes de celles qui, chez les individus normaux, deviennent des mobiles d'action."

Le tort des experts a été d'avoir méconnu cette règle fondamentale.

G. VILLENEUVE.

De la santé des professeurs des écoles publiques.

Les Américains, nos voisins, ont beaucoup d'initiative et souvent leur bon sens leur fait voir des choses auxquelles nous ne songeons pas d'habitude. Quoi de plus important pour l'hygiène d'une école qu'un professeur ayant bonne santé? Tout le monde sait, les médecins surtout, qu'un professeur, s'il est tuberculeux, peut devenir une source de contagion pour les enfants auxquels il fait la classe. Le professeur malade de l'estomac, ou des reins ou de n'importe quel autre organe, s'il ne peut pas propager ces maladies parmi ses élèves, peut du moins les embêter énormément par sa mauvaise humeur et sa méchanceté de caractère.

L'homme malade devient, s'il doit travailler quand même, un être désagréable et bien peu propre à faire de l'enseignement à des enfants.

Malgré l'évidence de ces faits que personne ne peut nier on ne s'inquiète guère, dans notre pays, de l'état de santé des candidats au professorat, aussi bien parmi les religieux que parmi les laïques. On ne s'occupe pas plus de la santé des professeurs qui sont devenus des anciens dans l'enseignement.

Chicago est peut-être la première ville qui ait fait preuve de prévoyance dans le choix de ses maîtres d'école.

Le candidat au professorat pour la ville de Chicago, est obligé de présenter un certificat de bonne santé avant d'obtenir sa licence. Cette mesure intelligente a déjà eu des résultats remarquables. Ceux qui font des études pour l'enseignement, de même que ceux qui se présentent aux examens, sont mieux portants et plus soigneux de leur santé.

Cette loi pour assurer des résultats encore plus grands devrait en outre exiger un certificat de bonne santé de chaque professeur au début de l'année scolaire.

Il est bon de se rappeler que l'enfant est comme l'arbre qui pousse; veillez sur sa santé, entourez-le de soin et vous aurez un homme fort; au contraire, la négligence et un mauvais hygiène ne produisent que des hommes malades, et souvent inutiles à la société.

Fistule anale et tuberculose, par SAMUEL G. GANT, dans *International Medical Magazine*, janvier 1902.

L'auteur dit que dans la clientèle des dispensaires des affections rectales il a trouvé qu'un malade sur trois souffrait d'une fistule à l'anus. Les statistiques d'Allingham démontrent que 50 p. c. des affections du rectum sont dues aux fistules anales. La fistule anale est moins fréquente dans la classe aisée relativement aux autres maladies, parce que les personnes de cette société sont moins exposées aux intempéries, aux logements malsains, ainsi qu'aux travaux pénibles.

La *fistule anale* et la *tuberculose* existent souvent ensemble chez la même personne. D'après le Dr Gant, 46 p. c. des tuberculeux souffrent de fistule, tandis que 12 à 15 p. c. des malades ayant une fistule anale sont tuberculeux. Les auteurs craignant quelques rapports anatomiques ou pathologiques entre les poumons et l'anus, défendaient autrefois toute tentative de guérison pour les fistules anales. Ils donnaient pour raison qu'au cas où la fistule guérissait, les lésions latentes aux poumons s'aggravaient, et même, des poumons sains devenaient tuberculeux parce que l'économie n'avait plus la *fistule anale* pour

rejeter au dehors au moyen de son écoulement, les poisons retenus dans le courant circulatoire.

Il y a deux sortes de fistule qui peuvent survenir chez un tuberculeux. 1° fistule *tuberculeuse* ; 2° fistule *non-tuberculeuse*.

La fistule tuberculeuse est généralement secondaire à des ulcérations intestinales causées elles-mêmes par des lésions tuberculeuses d'un organe quelconque : le poumon par exemple.

La fistule non tuberculeuse survient assez fréquemment chez les tuberculeux, (a) parce que un tuberculeux est prédisposé à la suppuration à la suite d'une lésion quelconque ; (b) parce que l'absence de tissus adipeux dans la fosse ischio-rectale, laisse les vaisseaux sans support naturel et facilite leur dilatation et la congestion ; (c) enfin la toux incessante détermine par contre-coup des compressions répétées de cette région et peut déterminer des lésions allant jusqu'à l'abcès et la fistule.

Diagnostic différentiel entre la fistule anale d'origine tuberculeuse et la fistule anale non-tuberculeuse.

FISTULE NON-TUBERCULEUSE.

1. L'ouverture externe et interne petites et circulaires, les bords rouges, et placées au centre d'une élévation.
2. Les fesses sont rondes et contiennent beaucoup de tissus adipeux.
3. Les poils de la région fessière sont à l'état normal.
4. Les ongles sont à l'état normal.
5. La figure, les oreilles et le nez sont à l'état normal.
6. La voix est naturelle.
7. Amaigrissement rare.
8. Ecoulement peu abondant et jaunâtre.
9. L'introduction du stylet est très douloureux.
10. L'appetit reste bon.
11. Digestion et sommeil naturels.
12. L'écoulement renferme des colibacilles.
13. Pas de toux ni hémoptysie.
14. Le sphincter anal est normal.

FISTULE TUBERCULEUSE.

1. L'ouverture externe et interne, grandes et triangulaires, les bords sont bleuâtres et s'enfoncent dans l'orifice.
2. La peau est mince, sans tissus adipeux.
3. Les poils sont abondants, longs et soyeux.
4. Les ongles sont recourbés en massue.
5. La figure est amincie, les narines dilatées, les oreilles grandes et éloignées de la tête.
6. La voix est couverte.
7. Amaigrissement considérable.
8. Ecoulement blanchâtre et fluide.
9. L'introduction du stylet se fait presque sans douleur.
10. L'appetit presque nul.
11. Digestion mauvaise et sommeil interrompu par des transpirations abondantes.
12. L'écoulement renferme des bacilles de Koch.
13. S'accompagne souvent de toux et d'hémoptysie.
14. Le sphincter anal est relâché.

J. E. DUBÉ

OBSTÉTRIQUE

De la délivrance, par prof. PINARD, dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, janvier et février 1902.

" Pour bien pratiquer la délivrance, et être capable de faire face aux accidents et aux complications qui peuvent survenir pendant ce temps si important de l'accouchement, il est utile que vous en connaissiez bien le mécanisme." Telles sont les paroles du prof. Pinard dans une clinique récente faite à Beau-delcoque. L'auteur a démontré par des coupes que l'utérus, immédiatement après la sortie de l'enfant, s'applique exactement sur le placenta " ne laissant aucun espace libre entre sa face fœtale et la paroi utérine qui lui fait face." De plus, la paroi utérine sur laquelle est inséré le placenta étant plus mince, le placenta se trouve, pour ainsi dire, enchatonné; c'est un enchatonnement physiologique. Il est exceptionnel que le placenta soit inséré au fond de l'utérus; et il est prouvé, contrairement aux opinions des auteurs anciens, que le décollement placentaire se fait de la périphérie au centre dans les cas ordinaires. Le décollement central arrive dans les cas d'hémorragie rétroplacentaire. Le décollement est favorisé par les contractions utérines que l'auteur nomme " ondes musculaires utérines," permettant à la paroi utérine de reprendre peu à peu son épaisseur. Il est plus ou moins long à se faire suivant que le placenta est inséré sur l'une des faces ou au niveau des cornes; ou bien suivant l'amaigrissement plus marqué de la paroi sur laquelle il s'insère et où il se trouve emprisonné momentanément à cause de l'épaississement des parois adjacentes.

Le placenta se présente généralement par sa face fœtale. Il se présente par son bord ou sa face utérine lorsqu'il est inséré sur le segment inférieur.

Le prof. Pinard a démontré encore un point important: à savoir l'adhérence des membranes retenues au niveau des cornes utérines et pincées entre les deux parois épaissies alors que le placenta est décollé.

A cause de toutes ces raisons, il résulte que le temps de la délivrance varie chez toutes les femmes, et qu'on ne doit pas " se baser sur le temps qui s'est écoulé depuis la sortie du fœtus pour pratiquer la délivrance." D'autre part la délivrance pouvant se prolonger indéfiniment il est nécessaire d'intervenir. " Qu'elle est donc l'indication de l'intervention? Elle est tout entière dans l'indicateur".

Lorsque, au bout de 30 minutes, en pratiquant le toucher, on aura pu sentir avec l'index l'insertion du cordon sur le placenta, on devra intervenir.

Que doit-on faire?

Le pincement des membranes adhérentes n'ayant lieu qu'au moment des contractions, on attend l'intervalle de ces contractions. A ce moment, les parois latérales se séparent du fond, et l'accoucheur doit exercer des tractions lentes et soutenues, mais à ce moment exclusivement, car autrement on risquerait de déchirer les membranes.

Une main étant appliquée sur la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic, afin de redresser le corps de l'utérus alors en antéverson physiologique, l'autre main tend le cordon. On cesse toute manœuvre dès que l'on perçoit des contractions utérines.

Si le placenta se présente par sa face fœtale, la traction sur le cordon est sage car la force se répartit également sur toutes les membranes. Si, au contraire, le placenta se présente par son bord il est préférable de faire la délivrance par expression, expliquée ci-dessus, et non celle préconisée par Credé, agir autrement entraînerait la déchirure des membranes.

Si, au bout d'une demi-heure, le placenta n'est pas décollé, et qu'il n'y ait pas d'hémorragie, on doit attendre. C'est le pouls qui doit nous guider dans ces cas ; car une hémorragie peut avoir lieu sans qu'il y ait écoulement du sang au dehors. Un pouls de 100 ne laisse rien à craindre. "S'il n'y a pas d'hémorragie, doit-on laisser indéfiniment le placenta en place?—non," car le placenta ne se résorbe pas, il se putréfie, contrairement à ce qui peut se passer dans un avortement. Il faut donc intervenir. Mais l'auteur remarque que ces accidents de la délivrance sont moins fréquents aujourd'hui qu'autrefois où on avait la mauvaise habitude de donner du seigle ergoté "qui produisait l'enchaînement pathologique du placenta."

".....vous ferez la délivrance artificielle, dit-il, lorsqu'au bout d'une heure et demie à deux heures le décollement spontané n'aura pas eu lieu."

J. A. LESAGE.

PEDIATRIE

Les convulsions de l'enfance, par le prof. AUSSET, dans l'*Echo-Médical du Nord*

Le professeur Ausset s'occupe des convulsions idiopathiques.

Un nourrisson atteint de troubles gastro-intestinaux pousse un cri; il perd connaissance. Le visage est rouge, cyanosé souvent, la bouche est écumante, les globes oculaires se convulsivent dans tous les sens. La respiration semble arrêtée; les membres sont animés de mouvements désordonnés, etc. "Tous ces phénomènes ne durent pas une minute. L'enfant tombe dans un sommeil voisin de la stupeur. C'est là un cas classique d'une grande crise éclamptique infantile."

Chez un autre enfant les convulsions seront limitées à une région: face, membres supérieurs, un seul côté, pas de cri initial.

Chez un troisième enfant, la crise sera limitée aux muscles de la respiration, cyanose, etc., puis sifflement respiratoire, et tout rentre dans l'ordre. Telles sont les indications cliniques exposées par l'auteur.

Au point de vue pathogénique: "la convulsion ne survient que chez un organisme préparé, n'éclate que pour une cause donnée," dit-il. Ainsi, les impressions nerveuses périphériques sinapismes, bandes serrées, dentition douloureuse, corps étrangers du nez ou de l'oreille, vers intestinaux, bandage herniaire mal appliqué, *gastro-cutérides*, — sont les causes les plus fréquentes des convulsions. Il en est d'autres cependant: l'alcoolisme chez la mère ou la nourrice, la constipation, les fièvres éruptives, la pneumonie, débutent quelquefois par des convulsions.

TRAITEMENT. — La crise: débarrasser l'enfant de tout vêtement, l'étendre sur un lit dans une chambre à température basse, suivant la saison. Ne pas approcher la lumière des yeux de l'enfant.

Si la crise se répète donner un bain à 35° C., recouvrir la tête d'un linge humide, froid; puis abaisser graduellement la température du bain à 30° C.

durant 10 minutes. Faire respirer 5 à 6 gouttes de chloroforme pendant ce temps, avec beaucoup d'air.

Au sortir du bain donner le lavement suivant :

℞	
Assa foetida.....	1 gramme.
Jaune d'œuf.....	n° 1.
Lait bouilli.....	100 grammes.

Il ne faut jamais, dans ces cas, pratiquer de saignée, ni employer des vésicatoires qui irritent le système nerveux.

Après la crise.—Traiter immédiatement la cause. Dans les cas de gastro-entérite, imposer immédiatement la *diète hydrique*, (1) instituer des lavages de l'intestin (2) et ne recommencer l'alimentation par le fait que lorsque les selles auront repris leur couleur normale.

Dans les maladies aiguës, donner des bains. L'auteur accorde une préférence aux bains froids. (3).

Dans les cas de *vermine*, on observera que les convulsions sont à répétition.

(a) *Contre les lombriques*, on administre :

Semen-contra.....	1 gramme.
-------------------	-----------

A prendre le matin à jeun dans un peu de miel ou de sirop.

Le lendemain matin administrer le paquet suivant :

Calomel.....	} 0 gr. 10 à 0 gr. 30 centigrammes.
Scammonée.....	

Suivant l'âge.

(b) *Contre les oxyures vermiculaires.*

Le matin, donner un lavement avec une infusion de fenouil ou d'anis, dans laquelle on aura ajouté deux cuillerées à soupe de glycérine. Le soir au coucher, introduire le suppositoire suivant :

Calomel.....	0 gr. 15 centigr.
Beurre de cacao.....	Q. s.

Dans la journée, on introduira gros comme un pois d'onguent napolitain.

(c) *Contre le ténia.*

Extrait de fougère mâle.....	3 grammes.
Sirop de menthe.....	30 "

A prendre en deux fois le matin à jeun, à un quart d'heure d'intervalle.

Une heure après, prendre :

Huile de ricin.....	20 grammes
---------------------	------------

Comme traitement prophylactique, surveiller le régime de vie chez les nerveux, tarés, etc. Éviter les exercices violents, le travail intellectuel précoc, les jeux prolongés, les réunions nombreuses. Le sirop d'iodure de fer, le sirop de raifort iodé seront prescrits avec avantage. Le bain tiède ou froid sera bon le matin.

Il faut proscrire le vin, la bière, etc. L'eau ou le lait sont les deux seules boissons permises. "Chez les prédisposés donner les antispasmodiques au début de toute maladie aiguë fébrile."

J.-A. LESAGE.

(1) Voir plus haut dans *Revue Générale*.

(2) Voir *UNION MÉDICALE*, Février 1902.

(3) Nous serions disposé à recommander les bains moutardés tièdes, plutôt, toutes les heures durant 10 minutes.

THERAPEUTIQUE

De la strychnine, de son emploi thérapeutique contre l'alcoolisme et l'adynamie nerveuse, par FERNET, Académie de Médecine, 3 déc. 1901.

L'auteur préconise l'emploi de la strychnine à la dose de 3 à 5 milligrammes en injections hypodermiques dans les cas d'alcoolisme chronique. Il fait une ou deux injections les deux ou trois premiers jours ; il associe quelquefois la morphine à la dose de 1 centigramme le soir pour assurer le repos de la nuit.

Le premier jour, après une ou deux injections, le délire se calme dans les cas aigus ; les troubles cérébraux disparaissent après trois jours au plus. Il assure en même temps la diurèse par le lait et les boissons aqueuses abondantes.

Ainsi, l'isolement, l'alimentation et la strychnine ont donné à l'auteur des résultats magnifiques dans l'alcoolisme aigu.

Dans l'alcoolisme chronique l'auteur associe les douches écossaises à la strychnine qu'il recommande d'employer, dans ces cas, suivant la formule suivante,

Sulphate de strychnine.... 0 gr. 02 centigrammes.

Sirop écor. oranges amères.....50 grammes.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau après les repas, trois fois par jour. Par un usage plus étendu, on peut donner la strychnine dans toutes les maladies adynamiques, infectieuses, etc.

Absorption des iodures par la peau.—GALLARE, Répertoire de pharmacie.)

L'auteur a cherché qu'elle quantité d'iodures alcalins la peau pouvait absorber dans un temps donné. Il avait déjà constaté sur des lapins que la peau se laissait pénétrer par les iodures alcalins. Il se mit lui-même en expérience en plongeant ses deux bras et avant-bras, dont la peau était indemne de toute lésion épidermique, dans des recipients contenant huit litres de solution d'iodure de sodium à 50 p. 100. L'auteur a pris un bain de 30 minutes par jour à une température de 36 degrés C. durant vingt jours. L'analyse des urines à révélé une quantité d'iode évaluée à 0 milligr. 0031 pour 100 c.c. d'urine, après le premier bain ; 0 milligr. 0035 après le quatrième, et 0 milligr. 1031 après le vingtième bain.

L'auteur a de plus constaté, par des dosages consécutifs, que l'urine contenait encore de l'iode quatre jours après la cessation des bains. Cette expérience prouve que la peau absorbe l'iode, contrairement à l'opinion d'un grand nombre de médecins. Le fait était important à noter.

Traitement des rétrécissements de l'œsophage, par TELEKY, à la Société des Médecine de Vienne, 11 janvier 1902.

L'auteur a présenté à la Société trois malades porteurs de rétrécissements cicatriciels de l'œsophage causés par l'ingestion de caustiques et traités avec succès par l'emploi de la *thiosinamine*. Il fait des injections sous-cutanées de 0 gr. 05 centigrammes de principe actif en solution alcoolique à 15 p. 100.

Chez ces trois malades il aurait obtenu des améliorations étonnantes et, définitivement, des guérisons.

Ce médicament serait contre-indiqué dans les rétrécissements récents, ou dans rétrécissements tuberculeux.

Ce médicament serait recommandé dans la sclérodémie. Dans la tuberculose ce médicament provoque de l'hyperthermie, tandis qu'il ne produit aucun effet dans la syphilis. Ce serait un bon moyen pour faire le diagnostic différentiel.

L'auteur conseille d'employer ce médicament et de suspendre l'usage des bougies dilatatrices.

Traitement des écoulements vaginaux par la levure de bière, par ARAGON, dans le *Progrès Médical*, 11 janvier 1902.

L'auteur fait rapport de ses observations cliniques sur ce point spécial. Il fournit la statistique suivante :

Leucorrhée simple.....	8 cas,	8 guérisons.
Vulvite des petites filles.....	3 " 3 "	
Vaginite aiguë non blen	1 " 1 "	
Métrite catarrhale du col.....	1 " 1 "	
Vaginite blennorrhagique.....	21 " 21 améliorations.	

Les cas de leucorrhée se rapportent tous à des jeunes filles pâles anémiques avec pertes blanches par intervalles ou à l'état permanent.

Le traitement externe se borne à quelques bains de siège, injections à l'acide borique ou au tannin. Une cuillère à café pour un litre d'eau.

Le traitement externe consiste à donner la levure de bière à la dose d'une cuillère à café dans un peu d'eau après les repas.

Ce traitement a eu le triple effet de réveiller l'appétit, de faire disparaître la constipation, et d'arrêter les pertes blanches dans un espace de temps variant de 5 à 8 jours. Il importe de continuer le traitement durant 10 à 15 jours après la cessation des troubles utérins. Lorsque les pertes blanches se produisent périodiquement après les règles, ou durant quelques jours après, il importe de donner deux cuillérées à café par jour " en commençant au début des époques menstruelles et en continuant le traitement pendant 8 jours après."

L'auteur rapporte un cas de vulvite par rougeole guérie après un traitement de cinq jours par la levure de bière à la dose d'une cuillère à café deux fois par jour. Le pansement local a consisté dans des soins de propreté.

" Le fait qu'il importe de retenir est donc l'action constante du médicament dans les cas de leucorrhée."

J. A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE.

Ipécacuanha

Est incompatible avec les sels de plomb, de mercure et les acides végétaux. A hautes doses, 1 à 2 grammes (15 à 30 grains) agit comme vomitif. A petites doses, 0 gr. 05 centigr. (2 à 10 grains) agit comme expectorant et décongestif : bronchites congestions pulmonaires, hémoptysies rebelle.

1° LAVEMENTS :

Racine d'ipéca améli 5 grammes.
Eau bouillante.....250 “

2° MIXTURES :

Teinture d'ipéca. }
“ de gentiane... } àâ 15 grammes
“ columbo }

XX à XXX gouttes après les repas en deux ou trois fois à $\frac{1}{2}$ heure d'intervalle dans un peu d'eau. (*Dyspepsie nerveuse*).

3° PILULES : (Segon)

(a) Poudre d'ipéca..... 0 gr. 05 centig.
Calomel 0 gr. 02 “
Extrait d'opium 0 gr. 01 “
Miel blanc..... Q. s.

Pour une pilule, 6 à 10 par jour, dans la *dysenterie*.

(b) Poudre d'ipéca..... 0 gr. 05 centig
“ de feuilles de digitale 0 gr. 02 “

Extrait d'opium 0 gr. 025 milligr.
Pour une pilule, 4 à 6 par jour dans troubles cardiaques du goitre exophtalmique.—(Dieulafoy).

(c) Poudre d'ipéca..... 0 gr. 05 centig.
Extr. thébaïque..... 0 gr. 005 millig.
Pour une pilule, 3 à 5 dans la *congestion pulmonaire grippale*.

4° POTIONS :

(a) Infusion de poudre d'ipéca à 0 gr. 30 centigr.
P. 100..... 60 grammes.

(1) Dans la Revue Thérapeutique.

Sirop de capillaire..... 30 grammes.
Benzoate de soude..... 0 gr. 50 cent.

A prendre p. c. à café, en 1, 2 ou 3 jours, suivant l'âge.

(b) Ipéca pulvérisé..... 2 gr. 50 centig.
Julep gommeux.....250 grammes.

Une cuillerée à soupe tous les quart d'heure, dans l'hémoptysie.

(c) Ipéca concassé..... 2 grammes.
Eau..... 150 “

Faire bouillir un quart d'heure, passer et ajouter :

Sirop d'opium 30 grammes

Une cuillerée à soupe d'heure en heure, dans la dysentérie.

5° POUDRES :

(a) Ipéca..... }
Calomel } àâ 0 gr. 05 centig.
Opium pulvérisé..... }

Diviser en 10 paquets, 1 d'heure en heure.

(b) Poudre d'ipéca..... 1 gr. 50 centig.
Tartre stibié 0 gr. 05 “

En 10 paquets à prendre à $\frac{1}{2}$ heure d'intervalle. (Éméto-cathartique).

6° SIROPS :

(a) Sirop d'ipéca..... 30 grammes.
Poudre d'ipéca..... 0 gr. 30 centig.

Une cuillerée à café de 5 en 5 minutes jusqu'à effet vomitif. (1)

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique des maladies du système nerveux.—Leçons sur les maladies du système nerveux professées à l'Hospice de la Salpêtrière, par le Dr F. RAYMOND, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. 5 volumes in-8.

L'enseignement officiel des maladies du système nerveux, à l'Hospice de la Salpêtrière de Paris, inauguré par Charcot, en 1882, et délivré depuis l'année 1894, par son successeur, le professeur F. Raymond, comprend deux catégories distinctes de leçons magistrales.

Les unes sont consacrées à la présentation des malades les plus intéressants, recrutés à la consultation publique du service ; leçons extemporanées, faites sans préparation préalable. Leur but est de familiariser les auditeurs avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies nerveuses.

Les autres peuvent être qualifiées de didactiques ; elles visent un but plus élevé, en ce sens qu'elles répondent aux exigences d'un enseignement supérieur. Elles sont consacrées à l'étude approfondie d'une affection réalisée par un ou plusieurs malades qui sont examinés devant les auditeurs et qui vont servir de sujets de la leçon. Tout en se maintenant sur le terrain de la clinique, le professeur profite de l'occasion qui lui est offerte, par les cas pathologiques présentés, pour donner à ses auditeurs des notions exactes sur l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement de la maladie envisagée. Il oppose les réalités qui se dégagent de l'observation des faits, aux conceptions arbitraires et aux descriptions schématiques de la pathologie, en ne s'en rapportant pas aux seules données de son expérience personnelle, mais en s'éclairant de tout ce qui, dans les publications d'autrui, peut jeter de la lumière sur le sujet traité.

Un pareil enseignement, qui nécessite une préparation laborieuse et des concours multiples, peut prétendre à laisser des traces d'une certaine durée et à se répandre au-delà des étroites limites d'un amphithéâtre d'hospice. Aussi bien, le prof. Raymond s'est-il imposé l'obligation de faire publier régulièrement les leçons didactiques qu'il a délivrées à l'Hospice de la Salpêtrière, depuis son accession à la chaire de clinique des maladies du système nerveux, de la Faculté de Médecine de Paris. Cette publication comprend cinq gros volumes ; le dernier en date a paru il y a quelques semaines.

Ces cinq volumes constituent une œuvre d'ensemble, parfaitement homogène en ce sens qu'elle est conçue et exécutée suivant une méthode qui ne se dément jamais. Elle embrasse les sujets les plus variés de la neuropathologie. Il suffira, pour en donner la preuve, de citer les questions qui ont fait l'objet des principales leçons :

Paralysies isolées de nerfs périphériques ; paralysies radiculaires ; névrites multiples ou polynévrites (leur étude, envisagée aux points de vue les plus variés, embrasse une vingtaine de leçons) ; diplégie faciale ; paralysies alternes (une dizaine de leçons).

Affections de la queue de cheval et du cône terminal (les points de vue nouveaux, contenus dans ces leçons, sont devenus classiques). Compression de la moëlle, par tumeurs, par mal de Pott ; mal de Pott sous-occipital ; maladie ankylosante progressive et chronique (sujet inédit) ; hémisection traumatique de la moëlle ; myélite syphilitique.

De nombreuses leçons ont été consacrées à l'étude des rapports de la paralysie ascendante aiguë, de la poliomyélite antérieure et des polynévrites ; à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, de la maladie de Friedreich, du tabes dorsalis (et notamment de son traitement par la rééducation des muscles), de la syringomyélie, de la sclérose en plaques (envisagée surtout dans ses formes frustes), des troubles sensitifs qu'on observe dans ces trois dernières affections ; à l'étude de la maladie de Little, de la maladie de Thomsen, de la sclérose latérale amyotrophique et de la paralysie glosso-labio-laryngée, de la paralysie pseudo-bulbaire, de l'asthénie bulbaire, des ophthalmoplégies envisagées surtout dans leurs relations avec le tabes, des lésions en foyer de la

région des tubercules quadrijumeaux de cas très curieux d'atrophie héréditaire de la papille, de cas de paralysie générale juvénile; à l'étude de la ménin-gite tuberculeuse en plaques, de la sclérodermie, du myxœdème infantile et de son traitement par la médication thyroïdienne.

Les épilepsies partielles, d'une part, les tumeurs cérébrales, de l'autre, ont fait l'objet d'un certain nombre de leçons systématiquement ordonnées, dans lesquelles se trouve exposé, en termes clairs et concis, tout ce qui se rapporte au diagnostic topographique et au traitement des lésions en cause. Incidemment l'auteur a dressé le bilan de nos connaissances actuelles en matière de localisations cérébrales. Il s'est particulièrement étendu sur la topographie des centres corticaux de la sensibilité.

L'hystérie a été étudiée d'une façon générale dans ses rapports avec les affections diverses du système nerveux, et d'une façon spéciale dans un certain nombre de ses manifestations les plus intéressantes: contractures systématiques; hystéro-traumatisme; surdité verbale; myoclonies, etc.

D'autres leçons, par exemple celles sur "l'hérédité en pathologie nerveuse, celles sur les délires ambulatoires montrent comment la clinique peut concourir à l'éclaircissement des questions qui sont du domaine de la philosophie médicale et de la psychologie.

Enfin l'évolution historique de la neuropathologie a été exposée sous une forme captivante, dans les premières leçons du premier volume portant pour titres: l'œuvre d'un homme (Charcot); l'œuvre d'une époque.

Des centaines de figures et de nombreuses planches coloriées illustrent le texte de ces cinq volumes qui sont rédigés dans un style clair et animé, reflet fidèle de l'enseignement oral de l'auteur.

L'œuvre du prof. Raymond ne s'impose pas seulement à l'attention des spécialistes; elle s'adresse à la généralité des médecins et des chirurgiens désireux de se tenir au courant de la branche la plus importante de la pathologie, de celle qui sollicite le plus l'activité des biologistes. Elle a obtenu les appréciations les plus flatteuses, dans la presse médicale française et étrangère, ainsi qu'en témoignent les analyses déjà parues et dont un assez grand nombre émanent des maîtres les plus autorisés de la neuropathologie contemporaine.

Les cinq volumes par souscription chez l'éditeur, 70 francs, franco. Prix des volumes séparément, t. I. 16 francs; t. II. 18 francs; t. III. 20 francs; t. IV 15 francs; t. V. 16 francs.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19 rue Hautefeuille, Paris.)

Les Oxydations de l'organisme, par E. ENRIQUEZ, médecin des hôpitaux de Paris, et J.-A. SICARD, chef de clinique à la Faculté de médecine (*Actualités médicales.*) 1 vol. in-16 de 90 pages, cartonné: 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'étude des ferments solubles, bien qu'abordée il y a déjà un demi-siècle, est restée longtemps stationnaire, alors que celle des ferments organisés, des microbes, a subi sous l'influence de Pasteur l'essor que l'on connaît. Mais, par un de ces retours dont l'histoire scientifique offre plus d'un exemple, ces recherches sur le mécanisme pathogénique des agents microbiens, en nous faisant connaître les toxines et leurs propriétés, nous ont montré les analogies remarquables qui existaient entre les produits de sécrétions microbiennes et les diastases, et de ce fait, les biologistes ont été ramenés de nouveau à l'étude attentive des ferments solubles.

D'autre part, les travaux réalisés par Metchnikoff et ses élèves sur les cyto-toxines ont ouvert aux médecins une voie nouvelle qui permet de concevoir les plus belles espérances dans le domaine thérapeutique. De plus en plus l'orientation scientifique est dirigée vers l'étude des sécrétions cellulaires et des ferments solubles.

Parmi ces ferments solubles, il est un groupe, de découverte toute récente, dont l'importance est majeure : ce sont les ferments oxydants, ou *oxydases*.

Et le grand intérêt qui s'attache à rechercher la part de ces oxydases dans les phénomènes complexes de la vie normale de la cellule autorise également à penser qu'un grand nombre d'états pathologiques répondent eux aussi à des modifications ou à des perversions de ces ferments oxydants. On comprend dans ces conditions combien leur connaissance importe au médecin. C'est donc faire œuvre d'actualité médicale au premier chef que de réunir les connaissances acquises à ce sujet comme le font avec l'autorité que leur donnent leurs nombreuses recherches personnelles MM. Enriquez et Sicard.

Les Fonctions Hépatiques, par MM. A. GILBERT, Professeur à la Faculté, et P. CARNOT, Docteur ès Sciences, membres de la Société de Biologie. 1 vol. in-12 de 287 pages, cartonné à l'anglaise : prix 5 francs. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.
