

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement et guérison d'une fistule vésico-rectale sans intervention sanglante

Par le Dr EUGÈNE LACERTE, de Lévis.

Lu devant la Société Médicale de Québec, séance du 28 novembre.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous soumettre ce soir une observation qui ne manque pas d'intérêt, que vous la considériez comme rareté pathologique, ou bien au point de vue de son évolution et de son heureuse terminaison. C'est un cas de fistule vésico-intestinale, ou plus exactement vésico-rectale, apparue chez une vieille femme, à la suite d'une cystite datant de 16 ans.

Ces fistules qui ont pour causes les plus fréquentes, la tuberculose, la syphilis, les inflammations vésicales et rectales de nature cancéreuse ou autre ont pour points de départ, la vessie, la prostate, l'intestin, l'utérus et ses annexes, le tissu cellulaire du bassin. Je passe sous silence les fistules congénitales et celles de causes traumatiques, ces dernières qui ont le plus, de tendance à une guérison spontanée.

La pericystite suppurée, consécutive elle-même à une infection vésicale est une cause efficiente de la perforation de la vessie, perforation qui amène à sa suite une péritonite chronique, circonscrite et adhésive (Tuffier) constante dans la pericystite avec perforation. Le rectum; ou l'intestin grêle, ou l'S iliaque, devient adhérent et produit une tumeur perceptible. La fistule sera vésico-intestinale, vésico-rectale suivant que l'abcès formé se sera ouvert dans le petit intestin ou le rectum. D'après Guyon, le plus souvent l'intestin serait le point de départ du trajet fistuleux.

L'orifice vésical siège soit au bas fond de la vessie, soit à son extrémité postérieure, soit même à son sommet. Tuffier et Dumont sur 129 observations ont noté que l'orifice intestinal aboutissait 47 fois au rectum, 17

fois à l'S iliaque, 4 fois à l'intestin grêle et au côlon, 11 fois à l'intestin grêle, 2 fois à l'appendice. Dans 39 cas le siège est resté inconnu.

Ces quelques notions d'anatomie pathologique posées, j'arrive à mon observation.

Le 28 septembre de l'année dernière (1900) j'étais appelé en consultation par un confrère auprès d'une dame B..., se plaignant de passer son urine par le "boyau" et de ne pouvoir uriner par la voie naturelle. Je trouvai la malade au lit et en proie à de la fièvre (T. buccale 102°), langue chargée, vraie langue urinaire, rouge sur les bords, vernissée, blanche au centre, soif ardente. Je retirai par le cathétérisme 2 onces d'une urine purulente. Je pratiquai l'examen vaginal, il y avait une antéversion marquée qui rendait le col utérin quasi inaccessible. L'examen bimanuel de la vessie ne me révéla rien.

Je ne trouvai nulle part de ganglions.

La paroi antéro supérieure du vagin présentait de l'empâtement. Le toucher rectal me révéla bien d'autres choses. Aussi loin que mon index pouvait aller se trouvait un rétrécissement infranchissable, croissant demi dur et semblant présenter sur l'une de ses faces, une petite excavation ou cupule. Mon doigt laissé là quelques instants se mouillait, retiré aussitôt il donnait l'odeur caractéristique d'urine. J'étais bien en présence d'une fistule vésico-rectale compliquée d'un rétrécissement du rectum.

Voici l'histoire de cette malade.

Sa mère est morte à 40 ans, 3 semaines après une couche, dans quelques heures de maladie. Son père a succombé à une pneumonie à soixante-huit ans. L'une de ses sœurs ne peut uriner qu'en se passant un "instrument". Les autres frères et sœurs sont bien portants.

Les antécédents personnels offrent plus d'intérêt. C'est une femme de 59 ans, veuve depuis 4 ans.—Son mari est mort de tabès. Cette maladie peut nous faire penser à la syphilis. Le mari n'en était peut être pas exempt mais la femme en est sûrement indemne et n'a jamais eu les moindres accidents spécifiques. Cette dame n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches. Elle a conservé assez d'embonpoint malgré son teint pâle et cachectisé d'aujourd'hui.—Elle a toujours joui d'une excellente santé à venir jusqu'il y a 16 ans, alors qu'elle fit une maladie de vessie qui dura 4 mois et la cloua au lit. Elle eut alors des envies fréquentes d'uriner, mictions difficiles, douloureuses, des urines rares et sales. Tout de même, elle se remit tant bien que mal de cette maladie qui paraît avoir été quelque hémorrhagie accompagnée d'une cystite rebelle. Depuis ce temps ses urines

ont toujours été chargées et ses mictions souvent difficiles, voire même douloureuses.

En décembre, 1899, c'est à-dire, il y a 22 mois, au cours d'une promenade, Madame B.... s'aperçut que ses habits étaient souillés par de l'urine. Elle n'en fit pas plus de cas jusqu'à ce qu'elle vit que cette urine venait de l'anus. L'urine cependant ne filtrait pas continuellement, mais s'amassait derrière le sphincter, et au bout d'un certain laps de temps, s'écoulait peu ou beaucoup à la fois, ou était rejetée avec les selles. — Dans le même temps elle commença à ressentir de la difficulté dans ses garde-robes, qui, suivant son expression propre, ressemblaient à des "crottes de lièvre", ou étaient tout à fait liquides. — Puis vinrent les difficultés à uriner. Elle forçait à "fendre la vessie" pour évacuer quelques gouttes. Les urines étaient mauvaises.

Elle temporisa, cette infirmité ne l'empêchant pas de vaquer à ses occupations. Un beau jour l'infection se ralluma et produisit une fièvre urineuse ; elle se decida enfin à consulter.

A l'analyse de l'urine, je trouvai du pus, des cellules épithéliales de la vessie et quelques cylindres. Je dois vous dire que l'urine était uniformément trouble et demeurait ainsi, même après la formation du dépôt, au bout de quelques heures. Ce qui me fit redouter une pyélonéphrite ascendante. Ma malade se plaignait d'un violent mal de reins. La palpation des régions lombaires éveillait une douleur sourde, mais rien de plus. Comment les reins pouvaient-ils être indemnes avec une vessie si longtemps avariée ?

Quel diagnostic devais-je poser ? Était-ce de la tuberculose ? Ça n'en avait pas l'apparence, avec des poumons sains, un passé pulmonaire indemne, l'âge de la malade, etc. Il y avait plus de chance à se prononcer en faveur du cancer. A son âge, à sa figure cachectisée, à l'examen même du corps de délit, on pouvait sans grand risque d'erreur, penser au cancer. Cependant, l'épithéliome qui a évolué jusqu'à produire un aussi grand débilement (rétrécissement et communication recto-vésicale) est ulcéré. Dans ce cas-ci, pas d'ulcération. La tumeur est demi molle et je trouve nulle part des ganglions.

Avais-je affaire à une manifestation syphilitique tertiaire ? Ma foi ! non, malgré l'ataxie locomotrice du mari, tous les ataxiques ne sont pas syphilitiques, et je le répète, cette femme n'a jamais eu de tels accidents. Et je me rabattis sur une dernière hypothèse, la plus probable à mon sens et que je crois amplement justifiée à l'heure où j'écris, celle de fistule consécutive à une péricystite suppurée.

Je dirigeai mon traitement en ce sens.

J'ordonnai le régime lacté absolu que je mitigeai bientôt, en permettant des potages légers maigres, des purées, et j'instituai un traitement énergique de la cystite, cause de tous les maux. Sous l'effet de lavages quotidiens à l'eau boriquée et de cathétérismes journaliers, l'état général et local s'améliorèrent beaucoup, les urines devinrent plus belles et la fièvre disparut au bout de quelques jours. Mais la cachexie persistait. La malade ne pouvait avoir de selles que par injections et purgatifs, selles diarrhéiformes ou en "crottes de lièvre"; elle était toujours au lit.

La capacité vésicale, à peu près nulle au début du traitement, —1 à 2 onces—, augmenta petit à petit, pour arriver jusqu'à 8 onces. Au cours de ces lavages que j'avais toujours soin de panser graduellement et sans force, la malade accusait parfois des envies d'aller à la selle, envies causées par l'arrivée du liquide injecté en arrière du sphincter. La lumière de la fistule était donc assez considérable. En même temps que la capacité vésicale augmenta, le calibre de cette lumière diminua.

Le 8 d'octobre, il y eut une légère miction naturelle. De cette date les mictions devinrent uréthrales, de plus en plus abondantes et se rapprochant de la normale. Le trajet fistuleux se rétrécissant laissa de moins en moins passer l'urine.

Ma malade se sentit assez forte pour se lever le 13. J'espaçai alors les lavages d'abord tout les deux jours, puis tous les 3 ou 4 jours, les urines demeurant moins troubles et moins purulentes. Aux premiers jours de novembre les mictions étaient quasi normales et la vessie ne donnait que peu d'urine au rectum. J'espérais que la fistule se fermait pour tout de bon.

Madame B.... se sentait revivre, quoique ennuyée d'être privée de viande.

Deux mois se passèrent, le rétrécissement était encore là, mais la fistule avait disparu, au moins en apparence puisqu'elle ne donnait plus rien. Tout alla bien jusqu'à la fin de janvier, alors que l'urine recommença à filtrer dans l'intestin.

Je revis ma malade le 13 de mars, sous le coup d'un nouvel accès de fièvre urinaire, encore plus déprimée et cachectisée que la première fois. Pours misérable. fièvre de 103°, intolérance gastrique, diarrhée.

En présence d'un état tel, je vous avoue que le pronostic que je fis dans mon for intérieur était sombre! Je ne me laissai pas décourager. Je combattis l'intolérance de l'estomac par le lait et les alcalins, je prescriv

de la strychnine et je repris de plus bel mes lavages. La malade ne passait pas une goutte d'urine par l'urèthre et la sonde me donnait à peine 1 once d'une urine trouble, d'une légère teinte brune et exhalant une odeur infecte, urine présentant à l'examen chimique et histologique les mêmes réactions et caractères de celle de l'automne précédent. (Acidité faible, légère quantité d'albumine, cylindres, corpuscules de pus, etc.)

L'odeur qui était, sans se méprendre, de provenance intestinale n'était pas de nature à améliorer le pronostic. C'était à coup sûr le signe du passage des gaz, sinon des matières solides.

Pas besoin de vous dire que la capacité vésicale était bien faible et que au début du traitement 3 ou 4 fois seulement—l'eau du lavage pénétra dans le rectum.

Je recommençai les cathétérismes et les lavages journaliers, mais cette fois, je modifiai mon traitement en y adjoignant la sonde à demeure. Je n'eus pas à m'en repentir.

Je plaçai une sonde à demeure que je changeais tous les matins. La miction étant impossible autrement, la pauvre femme, malgré cette infirmité artificielle tenait énormément à son "tube". Sous l'influence bien faisante de l'eau boriquée et du cathétérisme à demeure, une amélioration lente mais constante se montra. Les forces revinrent peu à peu. Au bout de 3 semaines, ma malade put se lever, mais elle ne pouvait encore uriner seule. Force lui fut donc de traîner sa sonde. La nuit, pour ne pas être souillée, elle plaçait l'extrémité libre du cathéter dans une bouteille à long col, ronde, et à contenance de 5 demiards, bouteille posée bien d'aplomb entre les cuisses.

En même temps que les urines augmentaient, leur limpidité revenait petit à petit. Mais l'obstacle à la défécation persistait toujours, de même qu'il n'y avait pas encore de mictions naturelles.

Pendant une quinzaine de jours, je constatai de l'oedème aux membres inférieurs, le soir. Cet oedème s'évanouit sous l'influence de la caféine.

Le 2 de mai la malade m'appela chez elle et me dit avec joie qu'elle avait eu une selle naturelle, comme tout le monde—et s'empressa de m'exhiber les pièces justificatives. Ce fut une heureuse surprise pour moi. C'était le rétrécissement disparu, la fistule guérie peut être, et cette fois ci pour tout de bon. Ce que j'avais pensé, je le constatai *de tactu*, le rectum était libre. Dès ce moment, les selles devinrent régulières.

Avec une nouvelle ardeur, je continuai le même traitement, tout en tâtant souvent la susceptibilité vésicale. La vessie réclamait la sonde toutes

les heures, puis toutes les 2 et 3 heures.

Je l'enlevai définitivement le 11 de mai.—Les mictions s'accomplissaient à intervalles rapprochés, il est vrai, mais sans l'aide du cathétérisme. Le jour, la miction était impérieuse au bout de une heure et demie, deux heures, le premier jour. La fréquence diminua petit à petit et les mictions s'espacèrent de trois, quatre et cinq heures le jour, de cinq ou six heures la nuit.—Entre parenthèses, jamais les mictions ne deviendront plus éloignées par ce fait que la capacité de la vessie a diminué, en proportion de la de la rétraction pathologique et irréparable de son muscle.

Le 28, je laissai ma cliente à elle-même, dans un état très satisfaisant, en lui recommandant de suivre le même régime (lacté mixte), à cause de la persistance de quelque peu d'albumine.

Tout alla bien jusqu'au 5 de juin, alors que M^{lle} B.... dit qu'elle avait passé de l'urine par le "boyau" une fois la veille. Heureusement ce ne fut qu'une alerte et l'urine ne s'écarta plus de son droit chemin.

Au moment où j'écris, cinq mois et demie plus tard, tout va comme dans le meilleur des mondes. Mon ancienne fistulaire a fait une promenade en voiture, il y a 2 mois, à 7 lieues de distance, et s'en est revenue le lendemain, toujours en voiture, sans ressentir la moindre fatigue.

Pour résumer cette observation, je dirai que cette femme à la suite d'une infection vésicale grave (puisqu'elle a duré quatre mois) et datant de 15 ans,—infection qui s'est atténuée, mais qui ne s'est pas éteinte —a fait une fistule à la faveur d'abcès périvésicaux, ayant fusé graduellement de la vessie à l'ampoule rectale, fistule devenue complète il y a 18 mois, et accompagnée de retrécissement du rectum.

Sous l'influence de lavages à l'eau boricuée et de la sonde à demeure l'infection a disparu et comme corollaires le trajet fistuleux s'est fermé, le retrécissement s'est effacé, la miction a repris ses habitudes normales et l'urine son cours naturel.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

De l'endometrite latente dans la grossesse et de ses rapports avec la fièvre puerpérale et sa prophylaxie

Mr le Dr. Labusquière a fait paraître dans l'un des derniers numéros des Annales de Gynécologie et d'Obstétrique l'analyse d'un travail très intéressant de Mr. le Dr. Walter Albert, assistant à la clinique d'obstétrique de Dresde, d'où ressortent des rapports nouveaux et d'une grande importance pratique sur l'étiologie et la prophylaxie des infections puerpérales et de certains accidents de la grossesse, qui seraient plus complexes et plus divers qu'on avait l'habitude de l'admettre jusqu'ici.

La monographie de Mr. le Dr. Albert est très documentée et s'appuie sur une statistique personnelle de 10,000 cas, en même temps que sur un bon nombre de travaux antérieurs, du meilleur crédit.

“ De ces multiples travaux, il résulte, qu'un certain nombre d'infections et des plus sévères, puisqu'elles vont parfois jusqu'à entraîner la mort par septicémie suraiguë, ne rentrent pas dans le groupe le plus ordinaire des infections puerpérales : celle-ci étant la conséquence d'un mode d'infection bien connu et encore trop fréquent, transfert sur la zone génitale, à l'occasion de manœuvres plus ou moins opportunes, plus ou moins indiquées, d'un virus, d'un agent infectieux, qui, suivant les conditions du milieu, les résistances du sujet, son degré propre et actuel de virulence, etc., provoque des accidents plus ou moins graves. Notion aujourd'hui banale, d'où découle une prophylaxie bien définie. Mais ce sont les autres espèces d'infections, qui ont à l'origine des éléments infectieux *in situ* (vagin, col de l'utérus, utérus, points même éloignés de l'organisme), antérieurement à la grossesse, ou tout au moins à l'accouchement, qui rendent le problème combien plus ardu, et qui, en certains cas semblent marquer d'inutilité, d'impuissance les précautions rigoureuses que médecins et sage-femmes se sont imposées. Il y a là tout un champ d'explorations, qui exige de multiples et laborieuses recherches, avec ce double objectif : possibilité de lutter prophylactiquement ou directement contre ces accidents ou bien diminuer, par la mise en évidence d'infections peut-être inévitables, la responsabilité qu'on est toujours bien prompt, en cas d'accidents ou d'insuccès, à faire retomber sur le praticien.

Au cours de son intéressant travail, l'auteur met également en relief l'importance, au point de vue médico-légal, de la possibilité d'une infection antérieure à la grossesse, infection cause possible d'avortement, cause possible aussi d'accidents infectieux *post abortum*, sévères parfois, et dont la constatation inclinait peut-être à soupçonner trop facilement un avortement criminel.

" Dans un espace de temps de près de cinq années, écrit l'auteur, sur un total de 10,000 accouchements, soumis à mon observation ainsi que les suites de couches, nombre de cas fébriles se sont présentés dans lesquels, en dépit de l'investigation la plus soigneuse, il me fut impossible de trouver la cause de la fièvre : il s'agit d'accouchements concernant les femmes chez lesquelles on n'avait fait aucune exploration interne : accouchements qui s'étaient terminés spontanément, en dehors de toute intervention : femmes chez lesquelles on avait procédé à une désinfection, à une toilette des organes génitaux complète, aussi minutieuse que chez les autres femmes, chez lesquelles l'accouchement n'avait produit aucune lésion—apparente au moins ou réclamant quelque traitement—et dans les lochies desquelles des examens répétés et minutieux n'avaient pu déceler des gonocoques. "

Ce sont ces cas, à origine inconnue, qui ont poussé l'auteur à entreprendre ses recherches : n'existerait-il pas d'autres bacilles infectieux, d'autres agents pyogènes qui, semblablement au gonocoque, peuvent persister longtemps, à l'état latent, sans manifestations objectives, dans le canal génital féminin pour retrouver, dans de nouvelles conditions d'existence leur ancienne virulence ?

Or " en raison d'expériences cliniques et scientifiques, nous sommes forcés de compter avec ce fait qu'*indépendamment des gonocoques, il se rencontre dans l'endometrium des femmes enceintes des agents pyogènes et d'autres microbes qui avant l'accouchement, ne provoquent que des phénomènes légers ou même pas de phénomènes pathologiques et qui, au contraire, après l'accouchement, peuvent provoquer la fièvre et même entraîner la mort.* "

Le but de l'auteur a été de mettre en relief cette opinion et, si possible, de lui fournir une démonstration scientifique. Il commence par relater deux faits de nature à démontrer une affection de la caduque placentaire par des agents pyogènes, au cours d'une grossesse qui avait évolué, sous tous les points de vue, régulièrement.

L'auteur accompagne la relation de ces deux faits des réflexions suivantes : ils ont ceci de commun, que la grossesse évolue tout d'abord de façon

régulière une fois jusqu'au septième mois, l'autre fois presque près du terme. Dans un cas, l'accouchement débute avec des petites douleurs et avec rupture de la poche des eaux et la femme meurt non accouchée après un peu plus de trois fois vingt-quatre heures. Dans le deuxième cas, la femme souffre pendant quatorze jours d'une grande fatigue, depuis trois jours elle a des vomissements et des frissons, l'accouchement marche ensuite tout à fait normalement et régulièrement, alors *qu'il a été fait un seul examen interne* avant sa terminaison. Or, quarante-deux heures *post-partum* l'accouchée meurt.

Le foyer d'origine de l'infection ou de l'intoxication est donc l'endometrium, et à la vérité, en des points au voisinage du fond de l'utérus. L'évolution clinique et les résultats nécropsiques dans ces cas autorisent à admettre que l'infection de l'endometrium a dû se faire avant la grossesse, en tout cas avant le début de l'accouchement, les membranes étant intactes. Comme en outre il n'existait chez ces deux femmes aucune maladie de nature à rendre possible le transport de l'infection jusqu'à l'endometrium par le système vasculaire, cette seule éventualité reste admissible : déjà pendant la grossesse des microbes se trouvaient *in utero*—soit dans la zone déciduale en rapport avec le placenta, soit dans celle en rapport avec les membranes, soit même dans la musculense utérine,—microbes dont, à ce moment, la présence ne se traduisait par aucun phénomène objectif, mais qui, peu à peu, affaiblissaient l'organisme, jusqu'au moment où les premières douleurs, par le décollement partiel des membranes et par les petites hémorragies qui en résultèrent, leur procurèrent de nouvelles conditions de vie, grâce auxquelles ils retrouvèrent toute leur virulence et purent causer la maladie généralisée, mortelle.

“ Que ces deux infections, ajoute l'auteur, ne soient pas très rares, je crois pouvoir le déduire du fait que : sur les 500 accouchées des trois dernières années, il y eut 18 cas de fièvre puerpérale grave avec 6 décès. Or, toutes les précautions avaient été prises : ces femmes avaient été, avant l'accouchement, soigneusement nettoyées et baignées ; elle n'avaient pas subi d'examen interne, l'accouchement se fit régulièrement et spontanément ; il ne s'accompagna pas de lésions apparentes ou réclamant un traitement particulier. Il ne fut pas possible de mettre en évidence l'existence de la gonorrhée. Des six femmes décédées, trois moururent le treizième jour, une le troisième, une le cinquième, une autre le sixième. Le diagnostic nécroscopique donna comme point de départ de la péritonite mortelle une infection de l'endometrium ou de la caduque ; dans un cas, la

cavité utérine parut à l'examen microscopique libre de masses infectieuses; seules, les lymphatiques au niveau de l'angle tubaire droit étaient remplies de pus.

“ Si ces six observations ne démontrent pas d'une manière qui échappe à toute objection l'existence de l'infection avant l'accouchement. — on pourrait en effet objecter qu'en dehors de la clinique la femme avait pu être infectée par un examen interne, par un coït tout récent, par le bain, — toutefois, ceci reste sûr que l'infection n'a été causée pendant le travail ni par le médecin, ni par la sage-femme, qu'elle n'a pas été non plus provoquée durant les premières heures des suites de couches. Contre semblables interprétations militent d'une part l'évolution rapide de la maladie et, d'autre part, la localisation du foyer infectieux primitif. ”

W. Albert examine ensuite la question encore si discutée, qui a donné lieu à des jugements si divers, à des recherches bactériologiques si nombreuses et si contradictoires dans leurs résultats, malgré la valeur reconnue des expérimentateurs en cause: *de la présence des germes dans la cavité utérine.*

A.—Et d'abord, théoriquement, *a priori*, est-il raisonnable d'admettre la possibilité de la présence de germes *in utero*? Lorsque le vagin contient des germes nombreux, dit Fehling, qu'il y en a aussi, en moindre quantité à la vérité, dans le col, il est bien probable que, même dans les conditions normales, il peut s'en rencontrer dans l'utérus. Döderlen affirme avec encore plus de netteté: la cavité utérine, comme n'importe quels autres points du corps, est une région où les bactéries les plus diverses peuvent accéder et se fixer. Donc, *l'infection de la cavité utérine peut se produire sans l'intervention d'une personne intermédiaire*

A l'objection éventuelle que les chirurgiens ne constateraient pas d'infection de cette nature, l'auteur fait observer que ceux qui opèrent sur la cavité naso-bucco-pharyngée ont aussi à déplorer, en dépit de l'antisepsie et de l'asepsie les plus rigoureuses, des infections sévères. D'autre part, personne n'ignore qu'on trouve, dans les examens nécropsiques, à la trachée, dans les poumons, des foyers infectieux n'ayant jamais donné lieu à des phénomènes objectifs et qui, cependant, auraient pu, éventuellement, donner lieu à des accidents infectieux. Contrairement à une opinion de Kaltenbach (1889), c'est, actuellement, un fait acquis qu'on ne peut réaliser une désinfection absolue du vagin. De plus, orifices externe et interne ne pourraient constituer des barrières infranchissables aux germes infectieux. Extension microbienne qui peut, s'il était besoin, être favorisée par les sper-

matozoïdes, etc. Il faut également ne pas oublier la rareté relative de la sécrétion utérine, qui, par suite, ne peut mécaniquement s'opposer à l'ascension des germes, non plus que son faible pouvoir bactéricide, etc.

B — La preuve bactériologique de la présence des germes *in utero* a été d'ailleurs faite. Witte a trouvé treize fois sur quinze des germes dans la cavité du col. L'auteur examine ensuite, d'un point de vue général, les recherches bactériologiques qui ont été faites souvent avec, à son avis, un luxe de précautions excessif, critique en particulier le *modus faciendi* de Menge, qui serait de nature à influencer sur les organismes contenus *in utero*, à affaiblir leur vitalité et à rendre par suite négatives les recherches faites à leur sujet. Il critique aussi vivement les résultats de Krönig qui, " avec une assurance infailible formule cette proposition : la sécrétion vaginale des femmes enceintes non touchées ne contient—abstraction faite de l'*Poidium albicans* et du gonocoque—jamais des germes qui croissent à la température du corps, en aérobies, sur les milieux nutritifs ordinaires, qu'en conséquence elle ne contient pas de germes septiques, qu'elle est aseptique ", bien que Krönig lui même, ait sur 89 cas constaté dans 10 des colonies d'autres germes que l'*Poidium albicans* et que le gonocoque. Que peut-on, en outre, penser, ajoute l'auteur, des résultats bactériologiques négatifs accusés par Krönig qui, trois fois, sur onzes femmes enceintes atteintes de sécrétions très pathologiques, trouva ces sécrétions vierges de microorganismes? Or, ajoute encore l'auteur, il n'existe *sûrement pas* de sécrétion vaginale hautement pathologique dans laquelle le microscope ne décèle pas des germes infectieux.

W. Albert passe ensuite en revue les recherches bactériologiques ayant pour objet la cavité de l'utérus : 1° à l'état de vacuité, 2° gravide.

1° *Utérus à l'état de vacuité*, utérus normal ou atteint d'endométrite. Réunissant les résultats des recherches de Winter, Menge, Brandt, Kustner, Boye, il arrive à la conclusion : a) sur 78 endométriums atteints d'endométrite non puerpérale, 64, soit 82 p. 100; b) sur 30 endométriums sains ou en apparence sains, 8, soit 26,6 p. 100, contenaient des germes.

C.—*Interruption prématurée de la grossesse*. S'il est vrai que le plus grand nombre des avortements sont dus à l'endométrite, comme il ressort des considérations précédentes, que le plus souvent l'endométrite a pour origine une infection, il en résulte que les avortements ont aussi, pour la plupart, une origine infectieuse. Wertheim a fourni la preuve de la possibilité d'une endométrite par le gonocoque, et il n'est pas douteux que beaucoup d'avortements sont effets de la gonorrhée : il est donc ains

prouvé qu'une endométrite gonorrhéique peut se produire pendant la grossesse. Les recherches concernant d'autres microorganismes sont rares : Emanuel a observé à la clinique de Veit deux avortements à quatre et à six mois, à l'occasion desquels on constata dans la caduque des foyers d'infiltration microcellulaire avec des diplocoques nombreux, dont un certain nombre intracellulaire. Une de ces femmes avorta de nouveau deux ans et demi après, bien qu'elle eût été bien portante dans l'intervalle, abstraction faite d'un écoulement purulent constant. Et tandis qu'au premier avortement on avait constaté des cocci, on trouva au second des bacilles.

D.—*Contenu microbien de l'utérus puerpéral.* Les travaux sont sur ce sujet plus nombreux : Thomen a trouvé chez 7 accouchées normales, c'est-à-dire *non fébricitantes*, trois fois des microorganismes, dont deux fois des streptocoques. Krönig, sur 63 cas, 13 avec des germes ; Franz, sur 10 cas 8 ; Walthard, sur 20 cas, 7 ; Burkhardt, sur 28 cas, 24 ; Stahler et Winkler, sur 62 cas, 2 ; au total ; sur 190 UTÉRUS D'ACCOUCHÉES SAINES, 70, SOIT 41 P. 100, CONTENAIENT DES GERMES.

L'auteur fait ensuite entrer en ligne de compte les faits cliniques. A. *Endométrite chez les femmes non gravides et non puerpérales.* Il rappelle en premier lieu cette opinion, formulée déjà il y a vingt ans, par B. S. Schultze, sur la fréquence et les effets de l'endométrite : " le catarrhe de l'utérus existe chez environ la moitié des femmes atteintes d'autres affections génitales, et constitue une partie, rien moins que négligeable, de la maladie principale. En outre, il se rencontre comme affection unique ou principale chez nombre de femmes et de jeunes femmes, qui consultent pour cause de stérilité, de dysménorrhée ou d'hémorrhagies, plus rarement pour de la leucorrhée. Finalement, chez un grand nombre de malades, qui en général ne se présentent pas comme des génitales, par exemple, chez des femmes et des jeunes filles nerveuses, anémiques, chlorotiques, etc., l'endométrite suppurée est la cause primitive de toute la maladie. Un autre côté important de l'endométrite suppurée, c'est qu'à l'endométrite préexistante se surajoutent en certains cas d'autres affections de l'appareil génital, des paramétrites, par exemple. Lorsque, chez des femmes qui consultent pour des métrites, pour des ovarites, et qui ont en même temps de l'endométrite catarrhale, on fait une anamnèse soigneuse, on apprend, le plus souvent, qu'il existait bien déjà un écoulement, mais qu'on l'avait

tenu pour insignifiant, qu'il existait aussi de la dysménorrhée qualifiée nerveuse, et que longtemps ces accidents avaient été les seuls symptômes observés dans la sphère génitale. Aussi, pour prévenir des infections graves, tardives, est-il nécessaire de dépister et de traiter les premiers stades et les plus faibles degrés de l'endométrite chronique". A ces considérations, ajoute l'auteur, ne manque que la notion de l'origine souvent infectieuse de la maladie.

Il rappelle ensuite comme types d'endométrite infectieuse : a) l'endométrite *disséquante*, que Kubassow a appris à connaître ; b) l'endométrite *purulente sénile*. Il met en relief l'influence revivifiante en quelque sorte que certaines conditions, la menstruation, par exemple, exercent sur des microorganismes qui sommeillaient depuis plus ou moins longtemps *in utero* et auxquels ces conditions renouvellent pour ainsi dire leur virulence primitive, ce qui explique la date que nombre de femmes donnent du début de leur maladie, femmes qui invoquent comme cause telle circonstance reconnue aujourd'hui banale, impuissante par elle seule (refroidissement, fatigue, coït, etc.)

B.—*Rapport de l'endométrite avec les processus de reproduction.* Döderlein a examiné minutieusement cette question. Hégar, Virchow, Viet, Lohlein, etc., ont depuis longtemps démontré que l'endométrite est la cause la plus commune de l'avortement. Döderlein attribue non seulement l'interruption prématurée de la grossesse, mais des états pathologiques multiples de la grossesse, de l'accouchement, et des suites des couches, à une endométrite antérieure à la grossesse. Toutefois, il ne croit pas à une action microbienne, tandis que l'auteur se range formellement à une influence infectieuse.

Il examine à nouveau, et dans ce sens, des faits anciens empruntés à Ahlfeld, Breus, Ruge, Benckiser, Donat ; il rappelle l'important travail de Veit sur l'*endometritis gravidarum*, et note que ce dernier auteur attribue aussi à l'endométrite l'hydorrhée et les vomissements de la grossesse.

L'auteur se rallie d'ailleurs à cette vue étiologique et ajoute : *la plupart des états pathologiques au cours de la grossesse sont causés par des endométrites infectieuses ; en tout cas, on peut les expliquer facilement et sans raisonnements forcés, de cette manière.*

A son jugement, *néphrite gravidique, éclampsie même ne sont que les effets d'une intoxication à départ utérin.* Il fait également remonter la formation des infarctus blancs placentaires à la présence, au temps de la conception de germes pathogènes dans l'endomètre, germes qui provoquent, en

certaines points, des infiltrats microcellulaires au niveau desquels, plus tard des portions plus ou moins étendues de placenta manquant des éléments nutritifs ordinaires, les infarctus blancs se produisent.

En terminant W. ALBERT étudie ce point ; *d'où viennent donc les germes qui existent in utero ?* Or, après avoir mis en regard les résultats extraordinairement contradictoires, de bactériologistes de valeur (Menge, Krönig, Hofmeier, et Koblack Kotschau, Schröder Bokelmann, Gebhard, etc.) et en appelant à l'expérience des cliniciens éminents (Fehling, Bumm, Léopold, etc.), il considère comme s'imposant cette conclusion ; *sauf exception, le vagin contient toujours des germes.* C'est le lieu de résidence et d'incubation de tous les germes pathogènes et non pathogènes, ou mieux, des germes non encore connus comme pathogènes. Et les conditions ne sont guère meilleures en ce qui concerne le col de l'utérus (1)

Conclusions : 1° Tout vagin contient des germes :

2° Un vagin sain ne contient que les bacilles de Döderlein ;

3° Il faut tenir pour malade tout vagin, dès que dans la sécrétion même normale, l'examen révèle d'autres bacilles que ceux de Döderlein, isolément ou avec ceux ci ;

4° Les germes du vagin peuvent, à tout âge de la vie de la femme, mais particulièrement à partir de l'instauration des règles, infecter le col et la cavité utérine ;

5° L'infection du vagin, comme celle du col et de l'utérus, peut après un stade aigu, souvent court et léger, devenir latente ;

6° La conception est possible avec l'infection *latente* de la muqueuse utérine ;

7° Bon nombre d'accouchements et de fausses couches, particulièrement d'avortements septiques et de soi disant endométrites *post abortum* ; beaucoup de malaises de grossesse et beaucoup—dans les cliniques, le plus grand nombre—d'accidents des suites de couches doivent être rapportés à une endométrite microbienne latente, antérieure à la grossesse.

(1) L'auteur note que, l'examen microscopique donne des résultats sûrs ; tandis que les recherches bactériologiques ne démontrent encore, avec leurs résultats négatifs, qu'une seule chose : que les microbes du canal génital sont pour la plupart dans un état de virulence atténuée et, ce qui est plus important, qu'il faut, dans le domaine bactériologique, encore à l'heure actuelle, rester très circonspects et très réservés dans l'appréciation des résultats obtenus. Aussi longtemps qu'on n'aura pas réussi à préparer des milieux nutritifs comparables par leur composition à la sécrétion vaginale, ce n'est pas la bactériologie, mais le microscope qui doit décider en dernier ressort, tout au moins quand il s'agit de résultats négatifs.

A cela nous ajoutons :

8° La théorie : que beaucoup d'altérations pathologiques du placenta, infarctus blancs, adhérences anormales, etc.; que nombre de processus pathologiques, néphrites, vomissements incoercibles et éclampsie sont les effets de la même affection; qu'en conséquence, le but de la prophylaxie doit être d'écarter tout germe du vagin, et qu'on doit réussir à améliorer notablement la statistique des maladies des suites de couches.

Jusqu'ici, *notre prophylaxie de la fièvre puerpérale n'intervient pas à temps*; elle est trop tardive.

La morphine dans les cardiopathies et l'urémie.

(LEMOINE.)

Dans les maladies de l'aorte, l'auteur considère la morphine comme le meilleur moyen d'empêcher la syncope, quand on a soin d'en faire une injection dès les premiers symptômes d'angoisse.

Dans les maladies infectieuses et dans la grippe en particulier, le cœur pouvant devenir très rapidement faible et irrégulier, sous l'influence de l'intoxication du pneumogastrique, et mettre le malade en grand péril—car les cas de mort par arrêt du cœur ne sont pas rares dans la grippe à forme cardiaque—l'usage de la morphine ne saurait être trop chaleureusement recommandé. En effet, en pareils cas, les résultats obtenus par la morphine sont meilleurs que ceux que peuvent donner la caféine et la digitale. Mais rien n'empêche d'associer à la première l'une ou l'autre de ces dernières.

Cette association se justifiera si l'état du cœur et par suite de la circulation est tel que le poumon s'engorge avec splénisation des bases. Si la maladie infectieuse ne détermine que faiblesse et des intermittences du cœur, la morphine seule suffira; l'amélioration sera presque immédiate, le cœur reprendra rapidement de la vigueur.

Il n'est point question d'en arriver d'emblée à des doses massives; on se contentera de procéder par des injections de 3 milligr. qui seront répétées 3 ou 4 fois dans les 24 heures. Seulement, si l'irrégularité du cœur amène de l'angoisse et de la gêne précordiale, on pourra injecter 1/2 centigramme à la fois.

L'effet sédatif sera vite obtenu ; le cœur reprendra peu à peu de la force et de la fréquence.

Toutefois le mieux obtenu pourra être fugace, et le lendemain on pourra voir reparaitre les faux pas du cœur si l'on n'en revient pas à de nouvelles piqûres. Il n'y a pas d'inconvénients à prolonger le traitement plusieurs jours de suite, jusqu'à ce que la grippe ait cessé de porter son action perturbatrice sur le cœur.

Si l'on a affaire à des malades présentant des symptômes de congestion pulmonaire passive ou active dûs à la faiblesse du cœur ou à la généralisation de la maladie infectieuse, on se servira concurremment de la morphine et de la caféine. Ce double emploi n'a rien de paradoxal, car la morphine ne peut agir comme stimulant chez les sujets déprimés.

On débutera donc par une injection de caféine variant, selon le cas, de 20 à 50 centigr., puis, quatre heures après, on donnera 1/2 centigr. de morphine. Ensuite on espacera les doses de façon à donner, en 24 heures, 50 centigr. à un gramme de caféine et 1 centigr. à 1 centigr. 1/2 de morphine. La respiration deviendra, sous l'influence du traitement, plus calme, l'anxiété précordiale diminuera, le cœur se régularisera peu à peu, et la phase dangereuse de la maladie se traversera plus facilement.

Dans l'urémie, on craint l'emploi de la morphine, sous le prétexte qu'elle ferme le rein et augmente les rétentions de toxines. Mais l'observation clinique a démontré maintes fois l'innocuité parfaite de cet alcaloïde dans les cas de ce genre.

La morphine est un *stimulant du bulbe* et par suite des centres cardiaque et respiratoire. C'est pourquoi on fait si utilement une injection de morphine avant de donner le chloroforme. On a constaté que, par semblable procédé, le sommeil était plus vite obtenu et que l'on évitait la sidération du bulbe et la syncope grave, toujours possible chez les chloroformés.

Chez l'urémique, il n'y a pas à redouter la production du coma consécutif à l'usage de la morphine, le malade n'en ressent qu'un bien-être relatif, une amélioration de son anxiété respiratoire.

Journ. de Méd. de Paris.

Digitale et rétrécissement mitral.

Dans le rétrécissement mitral, la digitale doit être administrée, d'une façon presque métholique, sous forme de granules d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée, toutes les trois semaines environ, pendant trois ou quatre jours. Dans l'insuffisance aortique, au contraire, où la digitale est contre-indiquée, le cactus trouve son indication. C'est donc un médicament qu'on ne doit pas négliger.

Ces conclusions au sujet de l'emploi de la digitale dans la sténose mitrale pourront certes étonner les praticiens qui vivent dans l'idée qu'au cours de cette affection, " le cœur étant réglé pour un petit travail, " comme l'a dit Potain, il importe de ne presque jamais prescrire la digitale qui augmenterait ce travail. Or, cette interprétation est absolument erronée, et d'après M. Huchard, c'est surtout dans la rétrécissement mitral, avec ou sans arythmie palpitante, avec ou sans asystolie, que ce médicament trouve sa principale indication. Si la digitale " augmentait le travail du cœur ", elle serait contre-indiquée dans presque toutes les cardiopathies ; elle *facilite* au contraire ce travail, elle a pour résultat d'allonger la période diastolique (ou pause de repos du cœur), ce qui explique sa contre indication dans l'insuffisance aortique caractérisée déjà par l'allongement de cette période qui aboutit à une trop grande réplétion ventriculaire, et son indication dans la sténose mitrale caractérisée par la brièveté de la pause diastolique.

Ici, la clinique est en accord avec la théorie physiologique, et tous les malades atteints de rétrécissement mitral avec palpitations ou arythmie palpitante, sans hyposystolie ou asystolie, sont très améliorés et soulagés par l'emploi méthodique, toutes les trois ou quatre semaines, pendant trois ou quatre jours au plus, d'un granule d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée. C'est là même un excellent moyen pour prévenir et retarder les accidents asystoliques dont sont menacées toutes les cardiopathies vers la dernière phase de leur évolution.

Mais, donner inconsidérément de la digitale dans l'insuffisance aortique compliquée déjà de dilatation cardiaque, c'est agir en quelque sorte de complicité avec la maladie, et c'est hâter souvent l'apparition des phénomènes de décompensation. Dans l'insuffisance aortique, la digitale ne doit être employée qu'à la phase asystolique, du reste tardive dans cette maladie ; mais il ne faut jamais oublier que la *dose anti-asystolique* de la digita-

line cristallisée doit toujours être une dose massive : un milligramme en une ou deux fois pendant un seul jour.

Journ. des Praticiens

Des infections ombilicales chez le nouveau-né.

La chute du cordon chez le nouveau-né laisse ordinairement après elle une solution de continuité dans les téguments de l'ombilic. Cette plaie, le plus souvent de dimensions très réduites, n'en constitue pas moins une porte d'entrée pour les agents pathogènes. Ces accidents ont été étudiés avec soin par P. Audion en 1900, et plus récemment par Bouvier (*Th. Paris*, 1901).

Ce dernier conseille d'abandonner définitivement et complètement les pansements humides, autrefois préconisés, dont l'inconvénient est de retarder la chute du cordon et par ce fait même, d'augmenter ses chances d'infection.

Les pansements du cordon seront toujours précédés d'un nettoyage rigoureux et antiseptique de la région ombilicale ; ils devront être faits au moyen de substances stérilisées, sèches, par des mains parfaitement aseptisées. Les langes et vêtements destinés à l'enfant devront avoir été préalablement passés à l'étuve. Les précautions les plus minutieuses seront prises pour éloigner du nouveau-né toutes causes d'infection, en particulier le contact et même le simple voisinage des personnes infectées.

Après la chute du cordon, on surveillera très attentivement la région et l'on ne cessera les pansements que lorsqu'on se sera assuré qu'au fond de l'ombilic n'existe plus la moindre plaie capable de servir de porte d'entrée à tous les germes pathogènes quelconques, susceptibles d'amener des complications.

Si, malgré toutes les précautions, on n'était parvenu à éviter l'infection ombilicale on devra sur l'heure, procéder à une antiseptie rigoureuse de la région, qu'on accompagnera du traitement propre à chacune des formes particulières de l'infection.

L'ulcération du fond de l'ombilic sera facile à traiter : nettoyer soigneusement la région ombilicale avec une solution antiseptique, puis bourrer l'ombilic de poudre iodoformée, de salol, de sous nitrate de bismuth, en ayant soin d'appliquer, pardessus, un pansement sec qu'on laissera en place

pendant trois ou quatre jours. Le plus souvent, après ce laps de temps, la guérison sera complète.

Dans les cas de *bourgeonnement de l'ombilic*, on emploiera les cautérisations au nitrate d'argent pur ou mitigé, que l'on fera suivre d'un pansement analogue à celui décrit précédemment pour les ulcérations de l'ombilic.

La *lymphangite du bourrelet cutané* n'exige d'autre traitement que des lavages ou des pulvérisations antiseptiques ; toutefois, les uns et les autres devront être effectués avec une minutie extrême, des soins et une propreté irréprochables, si l'on veut être assuré d'éviter toutes complications dont quelques-unes pourraient être de la dernière gravité.

L'*omphalite* sera souvent difficile à enrayer, à cause des complications à distance qu'elle entraîne trop souvent. L'antisepsie la plus sévère et la plus rigoureuse s'impose ; on l'obtiendra par des lavages et des applications de compresses imbibées de liquides antiseptiques. Si, malgré ces précautions, le pus tend à se collecter, on n'hésitera pas à lui donner issue par un large débridement au bistouri. Enfin on ne cessera pas d'être constamment attentif aux complications, toujours possibles, qui viendraient à se produire, de façon à pouvoir les combattre et les enrayer dès leur apparition.

L'*érysipèle péri-ombilical* sera traité par des applications de vaseline boriquée ou hydrargyrique, au niveau des régions envahies. Les pointes de feu ont souvent aussi donné de bons résultats. Enfin l'enfant sera nourri au lait de la mère, auquel on ajoutera 10 à 15 gr. d'alcool par jour.—J.H.M

Journal des Praticiens.

Doit-on traiter la fièvre et comment ?

Cette question est encore des plus discutées. Au dernier Congrès international de médecine, M. Lépine concluait qu'il faut traiter la fièvre, M. Štokvis n'admet le traitement antipyrétique que dans les pyrexies graves, M. Robin le proscriit au contraire dans tous les cas d'hyperthermie grave, réalisée par des infections profondes. Revenant sur cet important sujet, M. Jendrassik (de Buda-Pesth) [*Revue de méd.*, 10 nov. 1901] se demande s'il est nécessaire de traiter la fièvre.

Les auteurs qui n'osent pas combattre l'hyperthermie s'appuient sur des raisons diverses. Ils invoquent, tout d'abord, l'influence favorable de la fièvre, théorie reconnue fautive depuis que les travaux de Jürgensen, Liebermeister et Brand établirent que l'hyperthermie constitue, par les altérations graves qu'elle détermine dans les tissus, le véritable danger de la maladie : ils font remarquer, de plus, que les statistiques condamnent formellement l'emploi des antipyrétiques, puisque cette médication aurait donné plus de morts que l'abstention simple. On peut répondre à cet argument que les statistiques n'ont jamais dit que ce qu'on voulait leur faire dire, qu'il ne serait pas difficile d'en trouver de favorables (statistiques de Brand, de l'École de Lyon), et qu'enfin, si l'antipyrèse ne paraît pas diminuer sensiblement la mortalité, elle ne nuit pas, au moins, à l'issue de la maladie; ils affirment enfin que la « fièvre, étant sur la terre du bon Dieu, doit être bonne à quelque chose ». Pel et Liebermeister disent, par exemple, que la constance de l'apparition de la fièvre dans les maladies infectieuses montre que cette fièvre est une réaction opportune et indispensable de l'organisme. Cette raison paraît quelque peu puérile. Est-ce que la constance du tubercule résultant de l'infection de l'organisme par le bacille de Koch prouve sa bénignité? Est-ce que quelqu'un a jamais été guéri par l'accès fébrile de l'infection paludéenne.

Ces spéculations illogiques ou peu fondées ne doivent pas faire oublier les bienfaits que l'on retire, en clinique, de l'antipyrèse. « Laissons de côté la théorie, a dit justement M. Lépine, et déterminons cliniquement le meilleur traitement à appliquer aux malades atteints de fièvre. »

L'étude approfondie de cette question conduit M. Jendrassik aux résultats suivants : 1° *la mortalité n'a pas essentiellement changé par l'emploi de l'antipyrèse*; cependant chaque observateur attentif se rappelle des cas de maladies infectieuses dans lesquelles l'état extrêmement grave du malade fut tellement amélioré par l'antipyrèse qu'on peut sérieusement dire qu'on a sauvé la vie du malade par ce procédé; 2° *l'antipyrèse n'a peut-être pas d'influence sur la durée de la maladie*; 3° *l'action des médicaments finit avec leur effet*, « et c'est une superstition que d'attribuer à ces moyens une autre influence plus durable sur la maladie ou sur l'organisme. » Malgré ces restrictions, la médication antithermique doit être employée, ne fût-ce qu'au point de vue symptomatique, pour diminuer le malaise des fébricitants.

Quels sont les procédés à recommander dans ce but? Et d'abord qu'il faut-il préférer, du bain froid ou de l'antipyrèse médicamenteuse? L'hy-

drothérapie de la fièvre est liée intimement à l'indication fournie principalement par Leibermester, selon laquelle il suffit de provoquer des rémissions dans l'hyperpyrexie sans chercher à abaisser d'une façon continue la température élevée du malade. Mais le bain cause à l'organisme un surcroît de travail, une combustion exagérée, et ne diminue presque pas la température des organes internes. "Vraiment, le bain tempéré a un effet sédatif, rafraîchissant, tonique, hygiénique, précieux, et si on l'administre pour ces raisons, on sera content, mais quant à son action thérapeutique, l'on a, à juste titre, perdu toute confiance. Je ne crois pas que quelqu'un, qui a l'habitude de surveiller de près son malade, n'ait pas gardé l'impression que les bains, surtout s'ils sont souvent renouvelés, tout en n'altérant pas véritablement la fièvre, fatiguent le malade qui commence à frissonner au bout de quelques minutes; et bientôt on est obligé de le remettre dans son lit, même—curieuse antipyrèse!—on doit chauffer son lit, le couvrir avec soin et lui mettre une bouillotte aux pieds." En réalité l'hydrothérapie froide comporte un grand nombre de contre-indications. Au contraire, les antipyrétiques chimiques, si déconsidérés qu'ils soient, n'en ont pas; les effets antipyrétiques du bain froid ne peuvent rivaliser avec l'antipyrèse médicamenteuse. Les dangers de collapsus, de faiblesse du cœur que l'on a attribués à l'emploi inconsidéré des antithermiques chimiques ont été démesurément agrandis et l'on cherche en vain des preuves cliniques: la littérature est muette sur ce point, bien que, depuis vingt ans, on répète cette assertion, et M Jendrassik n'a pu trouver, dans toute la littérature médicale, une seule victime assurée de l'antipyrèse médicamenteuse. Il existe des cas de malaise passager, surtout au commencement de l'abaissement de la fièvre, puis des cas avec température un peu au-dessous de la normale, mais ces états de faiblesse avaient toujours une heureuse issue dans un court laps de temps. Ils étaient provoqués par une sensibilité spéciale envers ces médicaments ou par la coïncidence avec la crise ou avec une intermission spontanée de la fièvre. Quelques excitants ont toujours suffi pour rétablir le malade et, en tout cas, il est hors de doute que l'antipyrèse, pratiquée sérieusement, est exempte de dangers.

Quelles sont les substances auxquelles il faut donner la préférence en cas de fièvre? Dans les traités, la *quinine* est encore la plus accréditée, mais vraiment, sauf pour le traitement de la malaria, elle donne des résultats très inférieurs aux produits nouveaux à cause de ses inconvénients nombreux et de son efficacité moindre. Dans les fièvres d'intensité moyenne l'*aspirine* produit une sédation très agréable et facilite la transpiration.

Dans les fièvres plus graves, M. Jendrassik donne, surtout chez les enfants, la *phénacétine*, mais l'effet de cette substance n'est que passager. L'*antipyrine* donne aussi de bons résultats. Avec ces substances on peut lutter avec succès contre la fièvre dans la majorité des cas.

A quelle dose employer ces médicaments ? Il faut y aller hardiment et administrer en une fois 1 gramme à 1 g 50 de phénacétine par la bouche ou 3 à 5 grammes d'antipyrine par la voie rectale. Il ne faut pas diviser ces doses, qui suffisent pour une action d'environ six heures. C'est au bout de ce temps qu'il faut renouveler la dose en se basant moins sur le temps écoulé que sur la réapparition de la fièvre : on redonne l'antipyrétique dès qu'elle commence à monter. Pour les enfants, on donne une dose inférieure à celle que nous avons indiquée plus haut, mais les nourrissons ont eux-mêmes besoin de doses assez élevées (0 g 40 à 0 g 70). Il faut tâcher de choisir les heures et les doses de façon que l'action maxima de la dose de l'après-midi se produise de deux à quatre heures. M. Jendrassik conseille avec raison de ne pas donner pour la première fois une pleine dose à un malade qu'on ne connaît pas auparavant.

L. B.

Du traitement de l'endocardite aiguë

RICHARD CATON

Dès qu'il se produit une modification des bruits du cœur au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, l'auteur recommande d'appliquer sans tarder le traitement suivant qui lui a donné d'excellents résultats.

Tout d'abord, on condamne le malade au repos absolu pour une durée minima de six semaines ; le mouvement le plus insignifiant lui est défendu ; la tête sera aussi basse ou plus basse que le corps, on prescrira des calmants, on évitera toute cause d'excitation cérébrale. On ne saurait trop insister sur l'importance de ce repos absolu ; il diminue le travail du cœur, il ralentit la vitesse du courant sanguin en même temps qu'il abaisse sa pression, et l'on conçoit que c'est là une modification favorable aux valvules malades.

En deuxième lieu on se propose de faire de la révulsion au niveau de la région précordiale dans le but d'exciter les centres trophiques du cœur sans augmenter l'activité de ce dernier; en d'autres termes, on traite le cœur comme on traite les jointures malades. Pour atteindre ce résultat, on applique une série de petits vésicatoires entre la clavicule et le mamelon. Chaque vésicatoire aura les dimensions d'une pièce de 2 francs. Bien appliquée, cette méthode est peu douloureuse.

Enfin, il faut faciliter la résorption des exsudats valvulaires: on précôniserait l'iodure de sodium, et une alimentation modérée et légère.

Quant aux résultats de cette thérapeutique, l'auteur les résume ainsi: 61 malades avaient déjà de l'endocardite quand ils entrèrent à l'hôpital; 41 furent apparemment guéris, chez les 20 autres les lésions persistèrent. L'endocardite apparut chez 31 malades durant leur séjour à l'hôpital; 28 partirent avec leurs bruits du cœur normaux; chez les 3 autres ces derniers persistèrent avec leurs caractères pathologiques.

En terminant, l'auteur insiste sur deux points: 1° instituer le traitement le plus tôt possible: 2° après la sortie de l'hôpital, retenir le plus longtemps possible le malade éloigné des travaux pénibles.

C. JARVIS.

Opération du Phimosi par le galvano-cautère (1)

PAR

Stéphane LEDUC (de Nantes),

Le galvano-cautère permet de faire l'opération du phimosis avec beaucoup de perfection et une grande facilité.

Il ne faut pas faire de section circulaire, qui donne lieu souvent à un phimosis cicatriciel plus marqué que le premier. Il ne faut pas faire la section dorsale longitudinale, qui donne deux lambeaux pendants et ne dégage pas le frein.

L'opération doit consister à enlever un lambeau triangulaire, ayant pour base le tiers inférieur de l'orifice préputial, pour sommet la racine du

(1) Communication au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences (Congrès d'Ajaccio, 8-14 septembre 1901).

frein. L'enlèvement de ce lambeau exige deux sections latérales et la section du frein. On injecte un gramme d'une solution de cocaïne au centième dans chacune des lignes de section. Lorsque l'anesthésie est obtenue, immédiatement en dehors des lignes de section latérales, on pince le prépuce avec deux pinces à pansement, dont les bouts se rejoignent de part et d'autre de la racine du frein. Avec le couteau du galvano cautère maintenu au rouge sombre à l'aide d'un rhéostat, on sectionne le prépuce sur les bords internes de chaque pince. Les deux côtés du triangle étant ainsi détachés, on serre le frein à l'aide d'une troisième pince placée très près du gland, on sectionne au-dessous jusqu'à la racine. Le lambeau triangulaire est ainsi complètement détaché. On enlève les pinces et, si la température du galvano-cautère a été convenable, les lèvres des plaies restent en contact, comme réunies par première intention; ou plutôt il n'y a point de plaie. L'opération bien faite ne cause aucune autre douleur que celle des piqûres pour les injections de cocaïne, il ne coule pas de sang, il n'y a point de plaie consécutive.

Les suites sont des plus simples. On fait maintenir sur les sections une couche de pommade antiseptique suivante :

Précipité rouge	} ... 0 gr. 20 cent g.
Acide salicylique	
Oxyde blanc de zinc	2 gr.
Vaseline.....	20 gr.

Les malades continuent à vaquer sans aucune interruption à leurs occupations.

Le résultat est toujours très satisfaisant, le gland parfaitement dégagé, le frein bien débridé, la région n'offre plus d'anfractuosité, pour loger les germes. Il ne paraît aucune trace de cicatrice ou de déformation.

Si la température du cautère n'est pas bien réglée et que les lèvres des plaies se séparent, point n'est besoin de suturer, le malade lui-même panse à plat avec la pommade; la guérison est plus longue, mais tout aussi régulière et le résultat aussi parfait.

Nous croyons devoir faire remarquer l'intérêt de cette opération au point de vue de la prophylaxie de la syphilis. Le chancre induré siège presque toujours dans les culs-de-sac formés par le sillon préputial et le frein, ce qui est attribuable à ce que la substance virulente se loge et séjourne dans ces culs-de-sac. Si leur suppression rendait le chancre aussi

rare dans cette région qu'il l'est dans les autres, cette opération se trouverait être le moyen le plus efficace de prophylaxie contre la syphilis.

Le traitement des adénites tuberculeuses.

(GALOT)

Il ne faut extirper les adénites tuberculeuses que si les autres moyens ont échoué. Les cas d'extirpation ne sont donc que le rebut des autres méthodes.

Dans la clientèle, les indications opératoires sont exceptionnelles.

Je n'ai jamais dit autre chose ; et je n'en demande pas davantage.

Je ne fais l'extirpation que si les autres moyens ont échoué, et je ne la fais jamais qu'à regret, estimant que, dans cette manifestation comme dans toutes les autres localisations de la tuberculose externe, l'avenir est à la chirurgie conservatrice et non pas à la chirurgie opératoire.

En présence d'une tuberculose externe, le chirurgien assure le repos et un bon traitement général au malade ; si, en outre, on peut le faire vivre au bord de la mer, l'on voit après un temps plus ou moins long le foyer disparaître par résolution : c'est la guérison spontanée, le chirurgien se bornant à faire un traitement orthopédique, lorsqu'il s'agit de tuberculose des os ou des articulations.

Le foyer tuberculeux, lorsqu'il ne se termine pas ainsi, aboutit au ramollissement.

Alors le chirurgien intervient, non pour extirper la lésion, mais pour traiter cette poche par des ponctions et des injections modificatrices ; et la guérison est obtenue ainsi par les chirurgiens ayant l'habitude de la méthode, plus parfaitement que par une opération sanglante. Elle se fait sans mutilation.

Pourquoi les chirurgiens, qui acceptent ces principes thérapeutiques en présence de toutes les autres tuberculoses externes, les méconnaissent ils, lorsqu'il s'agit de tuberculose des ganglions du cou ?

La chirurgie conservatrice a, depuis 15 ans, détrôné partout ailleurs la chirurgie interventionniste. Celle-ci ne saurait trouver ici des guérisons

plus complètes, plus durables que partout ailleurs, ni de moindres mutilations, car elle laisse des cicatrices disgracieuses, stigmates indélébiles de la scrofule.

Il faut s'en passer, aussi souvent qu'on le peut, et ne la considérer que comme un pis aller.

L'on sait dès maintenant guérir sans extirpation, dans tous les cas d'adénites ramollies, en les traitant par des ponctions et des injections modificatrices.

Dans les cas d'adénites dures, l'on n'a pas davantage le droit d'opérer immédiatement, car elles ont de très grandes chances de se résorber spontanément ; et l'on y aide par un bon traitement général et le séjour prolongé au bord de la mer.

Ce n'est que dans les cas exceptionnels, suivant l'aveu de notre rapporteur, où, malgré tout, malgré ce très long temps attendu, une ou plusieurs années, comme l'on fait pour une coxalgie, et il n'y a aucun inconvénient à attendre, soit au bord de la mer, soit même ailleurs ; ce n'est que dans ces cas exceptionnels où l'adénite ne se ramollit ni ne se résorbe, où elle ne bouge plus, que l'on a le droit d'intervenir.

On essaiera d'abord de provoquer artificiellement soit la résolution, soit le ramollissement de l'adénite par une méthode capable de sauvegarder l'intégrité de la peau, c'est à-dire par des injections intra-ganglionnaires.

Résolution ou ramollissement ont été souvent obtenus par des injections. On saura mieux l'obtenir encore, lorsqu'on aura perfectionné davantage cette méthode.

C'est dans ce sens qu'il faut travailler selon moi, bien plutôt que dans le sens d'une modification de la technique de l'extirpation.

Celle-ci deviendra de plus en plus exceptionnelle.

Les adénites, comme toutes les autres tuberculoses externes, seront guéries par les seules ressources de la chirurgie conservatrice, pour le plus grand bénéfice des malades.

Journ. de Med. de Paris.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde

par

Dr Charlemesse

Pour juger la valeur d'une méthode thérapeutique, il faut s'appuyer d'une part sur des statistiques aussi étendues que possibles, d'autre part sur l'étude symptomatique de cas traités. En ce qui concerne la fièvre typhoïde, les statistiques doivent toutes être contemporaines, car cette affection a une gravité suivant les épidémies; il fallait donc voir combien mouraient de typhiques traités par la méthode qui jusqu'ici a donné les plus beaux succès, c'est-à-dire la méthode des bains froids, et, parallèlement, pendant le même temps et dans le même milieu, combien mouraient de typhiques traités par la méthode nouvelle de sérothérapie.

Une enquête approfondie dans plusieurs hôpitaux parisiens démontra que dans cette dernière épidémie la mortalité des typhides traités par la méthode de Brand atteignit 25 %.

A la même époque et dans ces mêmes hôpitaux, sur cent malades traités par la sérothérapie, six seulement moururent; sur ces six, plusieurs avaient déjà des complications graves lorsque les injections de sérum furent faites (perforation intestinale, pneumonie). Tous ceux qui furent injectés avant le huitième jour guérèrent rapidement. Voici donc le premier point élucidé: d'un côté, mortalité de 25 %; de l'autre côté, mortalité de 6 %.

Le second criterium pour juger la valeur thérapeutique de la méthode est l'étude symptomatique des cas traités. Lorsque l'injection du sérum est faite dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde, voici ce qui se passe: la température tombe dans les environs de 37°, le pouls se ralentit, la pression artérielle remonte, la polyurie apparaît, la diarrhée cesse. Vingt-quatre heures après l'injection, on constate une hyperleucocytose et la réapparition des éosinophiles, tandis que les myélocytes neutrophiles disparaissent et sont remplacés par des formes de transition entre les mononucléaires et les polynucléaires; la formule sanguine varie en somme de la même façon que dans la convalescence spontanée. Lorsque l'injection a été plus tardive, la détente est moins nette, la fièvre tombe en lysis et la convalescence est plus lente à s'installer; dans quelques cas, une rechute survint qui nécessita une nouvelle injection.

La méthode des injections de sérum antityphique est activée par l'emploi simultané des bains froids et des boissons abondantes; ce fait s'explique par l'introduction rapide dans le sang de corps bacillaires morts et de toxine: il faut que l'organisme s'en débarrasse par ses émonctoires, et l'on ne saurait mieux l'y aider que par les bains froids et les boissons.

La dose de sérum antityphique employée a été jusqu'ici de 15 centimètres cubes injectés sous la peau de l'avant bras, elle est suffisante et, lorsque l'injection a été faite dans le premier septénaire, elle a toujours amené la guérison immédiate.

M. LE GENDRE.—Sur un typhique tuberculeux qui refusa de se laisser baigner, la méthode de M. Chantemesse, employée seule, amena la guérison en peu de jours. Les autres cas sont également très démonstratifs et prouvent l'efficacité de cette nouvelle méthode.

M. DUFLOCC.—Sur tous les typhiques traités par la sérothérapie, les résultats furent excellents et très probants

De la Conservation des Aiguilles Hypodermiques

par le Dr. A. BELIN.

Que de fois le médecin praticien, soucieux cependant de la conservation de son arsenal médico-chirurgical, n'est-il pas déçu par les faits suivants:

Ayant, la veille au soir, examiné avec soin son thermocautère, sa pile électrique, sa seringue à injections hypodermiques, il a eu la satisfaction de constater que le tout "fonctionnnait bien."

Appelé au chevet de son malade, le lendemain, les deux aiguilles de sa seringue à sérum sont "*bouchées*;" que faire?

La canetille introduite à grand'peine tantôt par le canon de l'aiguille, tantôt par la pointe, ne pénètre plus; de guerre lasse il la brise et force est de la renouveler, s'il le peut.

J'affirme (et quatorze ans d'expérience me permettent d'affirmer) que le praticien agit à tort et que son aiguille peut et doit être débouchée, dans tous les cas.

J'ai dans une autre publication, expliqué pourquoi je m'opposais à la mise en place d'une canetille à demeure (V. *Polytech méd.* au. 1899.) Cette dernière n'empêche pas la rouille, au contraire. Elle se colle contre les parois de la lumière de l'aiguille et si l'on veut la retirer, elle se brise au ras des extrémités de l'aiguille qu'elle "encloue" à jamais. Mieux vaut (et je l'ai maintes fois prouvé,) souffler dans l'aiguille pour l'assécher, ou employer la petite poire que j'ai inventée dans ce but et dont l'emploi s'est si vite généralisé. (Cette poire est indispensable si l'on injecte des liquides huileux.)

Vous avez néanmoins laissé votre aiguille s'obstruer : *Ne la jetez pas*, car toujours vous pourrez la rendre perméable, avec un peu de patience, je l'avoue.

Assurez vous, par l'introduction d'une canetille rigide (acier ou cuivre) (les canetilles en argent n'ont de valeur que dans le magasin de votre fournisseur, en pratique elles n'en ont aucune), du point exact de l'obstruction, Presque toujours ce sera à l'union des 2/3 postérieurs (canon) avec le tiers antérieur (pointe).

Cette constatation faite, montez l'aiguille sur la seringue, dont le corps vous servira de poignée.

Prenez d'autre part, soit la lampe à alcool de votre thermocautère ou une lampe à alcool de laboratoire quelconque, et avec de forts ciseaux, épiquez-en la mèche de façon à n'obtenir qu'une flamme *pointue*. Essuyez votre aiguille et passez-en le corps dans la flamme, rapidement, de façon à la chauffer sans la faire rougir.

Tout le tour de main réside dans cette opération, assez délicate. Un léger nuage de fumée, comparable à celui que produit notre nouvelle poudre pyroxylée S, vous indique que l'obstacle est levé, n'insistez pas, laissez refroidir.

Il ne vous reste plus qu'à passer doucement votre canetille, et votre aiguille, n'ayant pas subi de détrempe, vous rendra les mêmes services que si elle était absolument neuve.

Si l'obstacle est dû à de la rouille, la difficulté sera plus grande mais non invincible.

Après le chauffage de l'aiguille répété une ou deux fois, vous aurez à chasser les débris d'oxyde de fer.

Pour cela, montez votre canetille dans l'axe d'une pince à torsion et à verrou, dont toutes nos troupes sont encore munies de par un usage

archaïque, ou simplement d'une pince de Péan, calculez votre distance pour que la canetille dépasse suffisamment les mors de la pince et d'autre part ne soit pas exposée à se couder et à fléchir du premier coup.

Avec une paire de forts ciseaux coupez l'extrémité de la canetille en biseau, de façon à en faire une sorte de perforateur. Introduisez dans le canon une goutte de pétrole et, tenant votre pince immobile de la main gauche, roulant l'aiguille des 3 premiers doigts de la main droite vous ne tarderez pas à franchir l'obstacle,

Il est préférable d'introduire la canetille par le canon de l'aiguille ; car par la pointe, la canetille un peu pliée émousserait le piquant à chaque tour de vrille.

En d'autres termes, le mouvement est celui d'une couturière voulant épointer son fil : roulez votre aiguille entre le pouce et l'index ; son faible diamètre multipliera les tours ; et vous serez surpris de franchir en quelques secondes cet obstacle infranchissable en apparence.

Ne jetez donc jamais vos aiguilles bouchées, *toutes peuvent être remises en état de servir* ; pour ma part, je n'ai jamais échoué et je souhaite (avec beaucoup de patience de votre part) de vous éviter bien des embarras

Journal de Médecine de Paris.

Une manière de limiter la propagation de la scarlatine.

—M. F. Rucavado préconise dans ce but des frictions qu'il répète deux fois par jour sur tout le corps du malade avec une solution de sublimé au millième qui peut être employée indifféremment froide ou chaude.

D'après lui, ces frictions que l'on doit employer depuis le début de la maladie jusqu'à la convalescence, empêcheraient la desquamation de se produire et partant la propagation

Elles seraient en outre fort bien supportées et mettraient même le malade à l'abri des complications ordinaires de la scarlatine.

Gazette des Hôpitaux

La chaleur radiante lumineuse appliquée à la thérapeutique.

FÉLIX ALLARD

La chaleur se transmet soit par conductibilité, soit par rayonnement ; jusqu'à présent on avait guère utilisé en thérapeutique que la transmission de la chaleur par conductibilité, depuis le simple cataplasme jusqu'aux étuves à air chaud les plus perfectionnées.

Cependant, le soleil, source par excellence de chaleur radiante, recherché d'instinct par les animaux malades, a bien été utilisé aussi pour les applications thérapeutiques de la chaleur.

Mais l'électricité peut fournir une source de chaleur radiante plus constante et plus maniable que le soleil, nous voulons parler de la lampe Dowsing, lampe à incandescence, de forme spéciale dont le filament a été calculé de telle façon que la plus grande partie de l'énergie électrique est transformée en radiations calorifiques, une faible partie en radiations lumineuses.

Cette lampe placée en avant de réflecteurs de formes variées, et disposée de façon particulière suivant la région à traiter, émet des radiations qui se réfléchissent, traversent les milieux diathermanes et ne se transforment en chaleur effective, qu'en rencontrant certains corps dits athermanes le corps humain, par exemple.

Cette facilité de projeter sur un point déterminé du corps, ces radiations à la fois lumineuses, calorifiques et chimiques, d'en régler l'intensité à l'aide d'un rhéostat, d'éliminer à l'aide d'écrans de vers diversement colorés, soit les rayons chimiques, soit les rayons calorifiques fait de cet appareil la source idéale de chaleur et de lumière en thérapeutique.

De plus la chaleur radiante, diffusée dans un espace clos automatiquement ventilé, permet aussi d'échauffer l'air contenu dans l'appareil ; ce procédé constitue alors l'étuve sèche, qui peut atteindre des températures très élevées ; c'est ainsi qu'en application générale, la température de 157° centigrades est facilement supportée : qu'en application locale, on peut dépasser sans danger 200° centigrades.

Les appareils Dowsing offrent enfin l'avantage, étant donné l'absence de foyer de combustion, de ne donner naissance à aucun gaz délétère capable de vicier l'atmosphère.

Toutes les affections justiciables des bains d'air chaud, soit locaux, soit généraux, sont traitées avec grand avantage par la chaleur radiante lumineuse.

Le bain Dowsing peut être appliqué localement grâce à un dispositif spécial à chaque région. On l'utilise avec succès dans la *goutte aiguë ou chronique*, le *rhumatisme musculaire ou articulaire*, le *rhumatisme déformant*.

Ce traitement améliore rapidement les *arthrites blennorrhagiques, tuberculeuses*, et la *synovite chronique*. Dans les *entorses* et les *impotences* consécutives aux *luxations* et aux *fractures*, en dehors d'une action spéciale contre la raideur articulaire, l'atténuation immédiate des douleurs et leur disparition rapide permettent de provoquer, peu de temps après l'accident, des mouvements méthodiques destinés à rétablir la fonction.

C'est un traitement de choix dans la *phlébite*, même dans le cas où l'œdème est devenu chronique.

Enfin, sous forme de bains locaux d'air surchauffé, la chaleur radiante lumineuse provoque mieux que tout autre traitement la cicatrisation des *ulcères atoniques*.

Le *bain général*, grâce à son action excitante sur les fonctions de nutrition et sur les fonctions d'élimination de la peau et des poumons, grâce au pouvoir des rayons lumineux d'augmenter le nombre des globules rouges et leur pouvoir d'oxygénation, est utilisé avec succès dans les affections générales comme *l'obésité l'anémie*, la *débilité générale*, et la *diathèse arthritique*.

Journal de Médecine de Paris.

La sérothérapie préventive de la diphtérie

L'action préventive du sérum antidiphtérique bien que déjà mise en lumière à l'étranger dès 1894, a été longtemps délaissée dans la pratique médicale. Les communications récentes de M. Netter, de MM. Guinon et Mathé, qui ont relaté ses bons effets dans une épidémie survenue à la Salpêtrière, ont remis cette question à l'ordre du jour (*Thèse de Mathé 1901*).

Ces injections sont d'une innocuité presque absolue, les accidents qu'on leur impute sont bénins et consistent surtout en éruptions cutanées

diverses. On ne peut les rendre responsables des accidents graves, comme les arthrites, la néphrite, les paralysies, la mort qu'on les avait autrefois accusées de provoquer.

L'immunité qu'elles confèrent dure environ trois à quatre semaines. Elle est presque absolue et les cas de diphtérie qui se déclarent en dépit d'elles sont rares et d'une bénignité remarquable.

La dose à injecter varie avec l'âge du sujet et la gravité de l'épidémie. On injectera, en général, au-dessous de trois ans, 5 cent. cubes; de 3 à 12 ans 10 cent. cubes; chez un adulte, 20 cent. cubes.

La prophylaxie de la diphtérie sera basée sur les indications suivantes :

A. Lorsqu'un cas se déclare dans une famille : a) Si la famille est riche et l'appartement propre, on devra :

1. Isoler le malade ;
2. Désinfecter ou détruire les objets qui lui ont appartenu ;
3. Recommander l'antisepsie et les lavages fréquents de la gorge et du nez à ceux qui l'approchent ;

4. Examiner la gorge des frères et sœurs et, s'ils sont porteurs de rhinopharyngite ou d'adénoïdite, les soumettre à l'inoculation préventive ; dans le cas contraire, se contenter des lavages de la gorge.

a) Si la famille est pauvre, l'hygiène insuffisante ;

1. L'enfant malade sera envoyé à l'hôpital ;
2. Tous les autres enfants seront soumis aux lavages de la gorge et à l'inoculation préventive ;
3. Il serait bon d'examiner aussi la gorge des enfants allant à l'école dans la même classe que le petit malade.

B. Lorsqu'un cas de diphtérie se déclare dans un service d'hôpital, il est bon de recourir aux inoculations préventives, surtout si le service contient des malades qui sont particulièrement exposés à la contagion de la diphtérie : chez les morbillieux, cette inoculation s'impose ; elle doit, en outre, être répétée tous les quinze jours, suivant la pratique d'Heubner.]

Chez les enfants tuberculeux, l'injection de sérum pouvant déterminer une poussée fébrile, il sera préférable de s'abstenir :

C. Lorsqu'un cas de diphtérie se déclare dans une école, on devra :

1. Brûler les objets appartenant au malade ;
2. Laver et désinfecter l'école ;
3. Inoculer les enfants et leur recommander les grands lavages fréquents de la gorge et du nez avec l'eau oxygénée à 12 volumes, ou permanganate de potasse à 1 p. 2000

Dans un collège, la conduite sera la même ; en outre, on congédiera les internes pendant la désinfection ; on leur recommandera les lavages antiseptiques de la gorge et du nez, et le jour de leur sortie, comme celui de leur rentrée leur gorge sera examinée, et l'on inoculera ceux qui auront des mucosités abondantes ou une affection de la gorge.

Une crèche où se déclarerait la diphtérie, serait fermée pendant le pendant le temps nécessaire à la désinfection et les enfants inoculés.

Dans les asiles, les hospices, les casernes, les précautions à prendre seront identiques.

E. L. M.

Journal des Praticiens

REPRODUCTION

Les grands écrasements des membres

par le Dr LEFORT

Informations cliniques. — 1^o Dans une usine, une fabrique, — il y en a tant dans notre région, — un homme est pris dans un engrenage : a) La main, l'avant-bras, le bras, même ont été arrachés, et la plaie déchiquetée laisse voir des muscles rouges noirâtres, des débris d'os, une masse saignante et informe que la peau, retracts, plus haut, ne recouvre plus. De ce magma se détachent de gros cordons, dont on devine la couleur blanche sous la couche sombre d'huile et de sang mêlés de poussière, ce sont des nerfs, des tendons b) Ou encore la machine meurtrière a été arrêtée ou abandonnée sa proie avant d'avoir achevé son œuvre, et le membre broyé pend comme une loque vivante attachée encore au bras, au coude, à l'épaule.

2- Une pierre de taille, un marteau-pilon ont écrasé une main, un avant bras, sans léser souvent les parties susjacentes, si bien que la forme définitive d'un moignon possible est comme indiquée par la séparation nette des tissus sains et des tissus broyés.

3^o Ailleurs, c'est un membre sur lequel a passé la roue d'un de ces lourds véhicules dont terrassiers et camionneurs sont si fréquemment les victimes. Parfois, pas même de lésions extérieures, et les os, les membres sont broyés sous une peau saine, au moins en apparence ; parfois

aussi, de longues fissures, parallèles à l'axe du membre, laissent deviner toute l'étendue des délabrements intérieurs.

4° Dans les écrasements produits par le chemin de fer, plus de règle ; tout ce qui est saisi est perdu ; rien ne résiste aux forces colossales en mouvement. (1) a) Souvent, c'est un ou plusieurs membres qui sont broyés, surtout le bras droit dans le mouvement instinctif que fait le malheureux pour se protéger ou s'éloigner. b) Les lésions sont souvent multiples et des blessures graves de l'abdomen, du crâne, du thorax, peuvent dominer la scène pathologique. Le membre est souvent séparé par le passage de la roue ; plus souvent, peut être, la peau fendue largement, a cédé des deux côtés et laisse voir des débris hachés des muscles et des os. Sous une cuisse presque détachée du tronc, la jambe et le pied sont parfois sains.

Indications cliniques.—Que faire en présence de semblables traumatismes ? Les amputations régulières en tissu sain ? Jamais, en aucun cas. De la conservation ? Le plus possible.

Par l'amputation régulière et immédiate, vous ferez trop ou trop peu. Vous ne savez pas encore ce qui peut vivre et ce qui doit mourir, et vous couperez trop ou votre lambeau se mortifiera et, dans tous les cas ce n'est pas le moment de faire subir un traumatisme grave à votre blessé.

Mais ce n'est pas un simple pansement qu'il va falloir appliquer, c'est toute une série de manœuvres minutieuses, longues et parfois douloureuses qu'il faudra exécuter. Il faut éviter l'infection à venir et remédier autant que possible à celle qui, déjà, a pu se produire. C'est le nettoyage minutieux de la plaie qui sera le grand moyen thérapeutique, et c'est là une véritable et délicate opération.

Traitement.—THÉRAPEUTIQUE PRÉPARATOIRE A L'INTERVENTION CHIRURGICALE : 1° L'Anesthésie, pour ce minutieux et long pansement, qui sera le premier acte du traitement, est-elle de mise ?

a) Faut-il donner du *chloroforme* ? Quelquefois.

L'anesthésie est grave chez ces malades en état de *shock* récent ; s'en passer vaut mieux, si c'est possible.

(1) J'ai le souvenir d'un malheureux dont les débris ont été ramassés à la pelle et recueillis sur plusieurs centaines de mètres de long.—Son sabre,—c'était un militaire,—n'était pas même bosselé : le tronc, presque intact, n'avait plus de membres ; aucun fragment de la tête en put être reconnu, pas même un lambeau du cuir chevelu.

Il faut endormir les sujets qui ne sont pas profondément shockés et qui souffriraient trop. *Mieux vaut courir les risques d'une chloroformisation prudente que de faire une désinfection incomplète.* En pratique, la détermination est souvent facile à prendre.

a) Certains malades, les grands blessés de chemin de fer, notamment, sont déjà anesthésiés, leurs membres frappés de stupeur ne sentent plus. (1) Et pourtant, ces sujets ont ordinairement en partie leur connaissance, et parlent ou vous demandent à boire pendant que vous leur amputez la cuisse. Il suffit en pareils cas de *placer sur les yeux du patient une compresse* pour lui épargner le spectacle de sa propre mutilation.

Pareille insensibilité locale est fréquente dans les heures qui suivent le traumatisme, la section des nerfs seule s'accompagne alors de douleur passagère. Cet état d'anesthésie est parfois encore facilité par l'ivresse, tantôt antérieure à l'accident et bien souvent sa cause, tantôt due à l'abus des cordiaux qu'il est d'usage de donner aux blessés.

B) Mais si le shock général et la stupeur locale sont moins accusés, si la sensibilité provoquée par les contacts au voisinage de la plaie subsiste, et c'est le cas habituel dans les traumatismes limités à un membre, n'hésitez pas à endormir le malade. Vous supprimerez la défense musculaire et ferez mieux et plus vite la besogne utile.

b) *L'éthérisation* est suivie d'un shock moins marqué que la chloroformisation. *Elle est préférable* s'il n'y a pas de feu, de lumière dangereuse dans le voisinage, si vous avez un masque, et surtout si votre aide a l'habitude de l'éther.

2° Les instruments nécessaires et le matériel de pansement sont ceux de toute opération d'urgence : pinces, ciseaux, bistouri (et encore !), fils à ligature, et surtout du savon, des brosse, un bœck laveur, quelques paquets de sublime, de l'alcool, de l'éther, du permanganate de potasse en solution forte ; enfin, de la gaze, de l'ouate et des bandes.

3° *L'injection de sérum* artificiel dans tous les cas, sans exception, rendra de grands services. Ajoutez 50 ou 60 centigrammes de *cafféine* dans le liquide de la première injection. Vous êtes en présence de malades en état de shock, qui souvent ont perdu une grande quantité de sang, vous relè-

(1) Récemment, j'ai pu, sans anesthésie, amputer deux cuisses et régulariser un moignon du bras droit chez un malheureux surpris par un train deux heures auparavant. Le nettoyage et les opérations ont duré à peu près une heure, et tout a été achevé sans que le blessé se soit douté de ce qu'on lui faisait.

rez ainsi la pression sanguine et soutiendrez le cœur. Les injections doivent être poursuivies, à doses élevées, tant que le shock ou l'anémie traumatique ne sont pas dissipés.

II.—INTERVENTION CHIRURGICALE.—Deux cas peuvent se présenter : A) L'écrasement est périphérique. B) L'écrasement a eu lieu dans la continuité du membre, et sous une cuisse broyée, la jambe, le genou, le pied sont sains.

A. L'ECRASEMENT EST PÉRIPHÉRIQUE.—Ici, la lésion, qui peut remonter jusqu'à la hanche ou l'épaule, part du pied ou de la main, l'extrémité du membre est atteinte. Faites *l'embaumement du membre* suivant la méthode de M. RECLUS.

Brossez et savonnez longuement toute la peau de la région, en dépassant largement les limites de la plaie ; *rasez* cette peau, passez à l'alcool, à l'éther, au sublimé, recouvrez le champ opératoire de compresses bouillies, puis, sans pratiquer de sections importantes et sans même tenter la régularisation, avec les doigts et des pinces, *enlevez les esquilles, les fragments de muscles*, qui ne tiennent plus ; *liez les vaisseaux* que vous voyez battre dans la plaie et dont l'hémostase spontanée s'est produite ; *coupez les nerfs et les tendons* qui flottent, puis, à l'aide d'un irrigateur rempli d'eau bouillie à 60° *lavez longtemps* en fouillant successivement tous les clapiers, jusqu'à ce que la plaie anfractueuse vous paraisse parfaitement nettoyée. Aidez-vous de tampon de gaze pour enlever par friction les incrustations des muscles et du tissu cellulaire. Ensuite toujours suivant le conseil de M. RECLUS, avec des tampons trempés dans la solution de *permanganate de potasse*, *essuyez* toute la plaie. Puis, quand vous serez sûr de n'avoir laissé aucun coin suspect, *bourrez toutes les anfractuosités* de gaze imprégnée d'une "pommade polyantiseptique." Celle dont M. RECLUS fait usage contient du sublimé, de l'acide phénique, de l'iodoforme en faible proportion et de l'acide borique, du salol, de l'antipyrine, distribués plus abondamment en raison de leur difficulté d'absorption. Faites un *volumineux pansement absorbant* qui tasse les chairs et *laissez-le en place 21 jours* si la température de votre blessé ne s'élève pas.

B. L'ECRASEMENT A LIEU DANS LA CONTINUITÉ DU MEMBRE.

—Explorez avec soin les vaisseaux au-dessous du siège du traumatisme. Sentez-vous les pulsations des artères sous-jacentes, tentez la conservation. Vous ne les trouvez pas, les vaisseaux sont lésés ; mais si vous doutez, comportez-vous comme s'ils étaient respectés. Si vous êtes certain que le

segment du membre sous-jacent à la lésion est privé de circulation, la mort de ce segment est un fait accompli.

I. *Les vaisseaux sont sains* : Vous pouvez être à peu près certain que les nerfs le sont aussi. Lavez, brossez, savonnez la région, agrandissez longitudinalement la plaie si c'est nécessaire, puis nettoyez la plaie comme pour l'embaumement. Enlevez les grosses esquilles libres, les caillots, les fragments détachés des muscles. Bourrez de gaze, faites un gros pansement et attendez.

II. *Les vaisseaux sont lésés* : Détachez le membre qui souvent ne tient plus, sans chercher des amputations régulières et en tenant compte des règles suivantes : Nettoyez, bien entendu, comme précédemment. Aux ciseaux, ou avec un couteau à une amputation, coupez rapidement la peau, le plus bas possible. Même après écrasement par les roues du chemin de fer, le manchon de peau à travers lequel tous les tissus ont été broyés n'est pas fatalement frappé de mort malgré l'énorme pression subie. Coupez donc à la limite inférieure du cylindre cutané décollé. Enlevez les fragments osseux et musculaires libres, coupez les tendons, liez les gros vaisseaux. Coupez les nerfs qui souvent seuls ont résisté avec la peau ; faites porter la section très haut pour éviter les névromes du moignon. Vous vous retrouverez maintenant dans les conditions des arrachements ou des écrasements périphériques complets. Traitez de la même façon, en bourrant de gaze et en laissant la plaie largement ouverte, et vous serez parfois étonné de l'excellence du résultat définitif. (1)

III. TRAITEMENT POST OPÉRATOIRE.—De deux choses l'une, ou A) Vous avez vu le blessé sitôt après l'accident et vous vous êtes conformé aux indications précédentes ; ou B) Vous n'êtes appelé que tardivement plusieurs jours après l'accident.

A. LE BLESSÉ EST SOIGNÉ SANS RETARD.—Votre blessé a été pansé régulièrement. Il est pourvu d'un bon pansement. En vingt à vingt-cinq jours, la nature aura terminé l'œuvre des tissus morts ; la séparation du mort et du vif sera, sinon achevée, tout au moins complètement indiquée.

(1) Le 14 octobre dernier, j'ai amputé dans ces conditions, dans le service de M. le Professeur FOLEY, un jeune homme tombé d'un train en marche et dont le bras droit avait érasé. Contre toute attente, aucune régularisation ultérieure n'a été nécessaire, et le blessé a quitté l'hôpital le 13 novembre, pourvu d'un moignon de bras. J'avoue sans honte n'avoir pas toujours obtenu d'emblée pareil résultat.

I. *Pas de complications.*—La température prise régulièrement depuis le début, ne s'est pas élevée. Le pansement n'a pas été souillé, ou assez peu pour que l'adjonction de *nouvelles couches d'ouate* suffise à masquer tout suintement. Laissez le pansement trois semaines.

Si le pansement a été *fortement souillé*, qu'il s'en dégage une odeur désagréable, changez-en les pièces dans les jours qui suivent.

Dès que toutes les escarres seront tombées, que toutes les surfaces seront "rosées et granulées" il vous suffira presque toujours de *dégager à la rugine les extrémités ossuses* et de les *réséquer* à hauteur convenable pour obtenir un excellent moignon.

II. *Complications.*—Si la *température s'élève*, c'est qu'il se passe quelque chose d'anormal ; presque toujours, c'est la plaie qui est infectée. Otez sans retard le pansement, écartez les lèvres de la plaie, *cherchez la source d'infection* et traitez-la directement à plat pour éviter soigneusement toute rétention purulente.

Presque toujours, il n'y aura qu'un retard dans la guérison, mais si, malgré vos efforts, vos pansements répétés et votre antisepsie soigneuse, *l'infection devient menaçante, l'amputation régulière*, au lieu d'élection, deviendra la ressource utile à laquelle il faudra recourir. Quant aux complications particulières des plaies, telles que tétanos, érysipèle, septicémie gangréneuse, chacune d'elles comporte son traitement particulier, dont ce n'est pas le lieu de parler.

B. LE BLESSÉ N'EST VU QUE TARDIVEMENT.—Plusieurs jours après l'accident, par exemple, ou alors que l'infection de la plaie est déjà un fait accompli. Ici, le shock est passé, vous pouvez apprécier plus sainement qu'au début ce qui est mort et ce qui peut vivre, l'infection crée un danger pressant, et *l'amputation au lieu d'élection*, dans les écrasements périphériques, sera le plus souvent la conduite la plus sage et même la plus économique. Dans les écrasements dans la continuité, tous les efforts tendront encore vers la conservation, si elle est possible, et vous ne vous déciderez à l'amputation que si la gravité de l'infection ou l'état général inquiétant du blessé rendent les tentatives de conservation dangereuses pour le patient.

IV. TRAITEMENT DES SUITES D'ÉCRASEMENTS.—La méthode de conversation à outrance est certes un progrès considérable dans le traitement des grands écrasements des membres. La mortalité est beaucoup moins élevée, les résultats définitifs sont en général meilleurs ; ils ne sont cependant pas toujours parfaits. Dans ces écrasements, dans la continuité en particulier

il n'est pas rare d'observer des fistulisations prolongées, des consolidations vicieuses, ou des pseudarthroses auxquelles le chirurgien devra remédier, Pour les consolidations retardées, ne vous pressez pas, laissez à la nature faire les efforts nécessaires. Plus tard l'avivement suivi de suture sera une ressource précieuse contre les pseudarthroses confirmées.

L'Echo Médical du Nord.

RAPPORT DE SOCIÉTÉS

Société Médicale de Québec

Séance du mois d'Octobre

La séance s'ouvre à 8½ heures du soir sous la présidence de M. le Dr L. J. A. Simard.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'assistance est très nombreuse et représente plus du tiers des médecins de la ville ; ce qui inaugure bien la reprise des séances après trois mois de vacance. C'est une preuve qu'on semble porter de plus en plus intérêt à nos assemblées mensuelles.

Avant de discuter les sujets médicaux on procède à l'élection de nouveaux membres. Il est proposé par M. le Dr Lessard secondé par M. le Dr Faucher que M. les Drs E Lacerte de Lévis et Gilbert de Québec soient élus membres de la Société. Adopté. M. le Dr Verge propose secondé par M. le Dr Marois que M. le Dr Beaupré soit élu membre de cette société. Adopté.

M. le Dr Marois nous fait part d'une *Epidémie cantonnée de fièvre typhoïde chez les Dames de la Charité de Québec.*

Vers la fin de Juillet et le commencement d'août, dit-il, il s'est déclaré chez les Dames de la Charité de Québec plusieurs cas graves de fièvre typhoïde. On a cru d'abord admettre pour cause de cette épidémie, les exhalaisons provenant de l'ex-dépôt de neige sur le terrain municipal en arrière de la station des charretiers de la porte St Jean. Mais constatant que, parmi les orphelines qui vont prendre leurs récréations dans le parterre voisin où se trouve ce dépôt, aucune d'elles n'était malade, il nous a fallu chercher ailleurs la

cause de cette épidémie. Nous avons constaté que tous les cas de fièvre typhoïde nous venaient du pensionnat situé sur la rue Richelieu.

Des quatre laitiers qui distribuaient le lait à la communauté, un seul fournissait exclusivement le pensionnat. Le 14 Août, étant appelé chez mon regretté confrère le Dr Gosselin, je constatais qu'il souffrait, lui et sa servante, de fièvre typhoïde. Je lui demandai alors qu'elle était son fournisseur de lait. Il me répondit que c'était M C..... de St David de l'Auberivière, exactement le même qui distribuait le lait au pensionnat des Sœurs de la Charité. Le Docteur me dit de plus qu'il savait qu'il y avait de la fièvre typhoïde chez ce laitier. J'étais définitivement fixé sur la cause de cette épidémie et je demandai à M. le Docteur Catellier, médecin hygiéniste de la ville, de bien vouloir faire une enquête ; ce qu'il fit immédiatement. Le résultat, comme vous le savez, est venu confirmer notre manière de voir.

Parmi les Dames religieuses, j'ai eu 17 cas ; de ce nombre 7 sont mortes ; ce qui donne une mortalité de 41%. Cinq autres personnes, appartenant au pensionnat, ont aussi eu les fièvres, et une d'elles est morte. Ce qui donne 22 cas dans le personnel de l'institution avec 8 morts ; une mortalité par conséquent de 36%. Si, à ce nombre, on ajoute les deux malheureux cas du Dr Gosselin et de sa servante, que l'on peut attribuer à la même cause d'infection, le nombre total de cas de cette épidémie de fièvre typhoïde serait de 24 avec dix morts ; ce qui donne une mortalité de 42%, mortalité énorme si l'on considère le résultat obtenu dans les épidémies ordinaires.

Le traitement suivi a été le suivant : 4 à 6 bains tièdes progressivement refroidis de 15 minutes de durée, et dans les intervalles lotions froides ; comme antiseptique intestinal calomel à petites doses fréquemment répétées, salicylate de Bismuth et lavement boricé journalier. Alimentation : bouillon, thé de bœuf, farines lactées bouillies, poudre de viande, lait. Malheureusement pour ce dernier, mes malades avaient une répugnance presque invincible. Stimulants alcooliques, élixir alimentaire Ducro.

Deux de mes malades ayant eu de l'hémorrhagie intestinale, grave chez une d'elles, je les ai traitées par des injections sous cutanées de sérum artificiel, une pinte 3 à 4 fois par jour, et par des applications de glace sur l'abdomen.

Mes premières malades sont mortes d'intoxication grave, *ataxo-dynamie*. Les autres sont mortes d'inanition à la suite de troubles gastriques survenus vers le 30ème jour de la maladie. Ces troubles gastriques se sont

manifestés par des vomissements incoercibles de matières verdâtres, épaisses, filantes, excessivement abondantes, et passant difficilement à travers le tube Faucher.

J'ai dû traiter ces malades par des lavages d'estomac répétés et par l'alimentation rectale. (lait peptonisé, œufs, stimulants). Ayant cru un instant, vu le grand nombre atteint, que ces vomissements pourraient être nerveux chez quelques-unes d'entre elles, j'ai isolé chacune de ces malades sans résultat bien évident. Je dois faire remarquer qu'à partir du début de ces vomissements aucune de ces malades n'a présenté d'élévation de température.

Pour terminer, je dois dire que ce qui est intéressant de remarquer dans cette épidémie de fièvre typhoïde, c'est la courte période d'incubation qui n'a été que 2 ou trois jours dans plusieurs cas, et la persistance de la température (102°, 103°, 104°, F.) jusqu'au 28^e ou 30^e jour.

En réponse à MM. les Drs Paquin et Rousseau M. le Dr Marois dit que dans la plupart des cas la constipation semble avoir dominé, que la sécrétion urinaire a toujours été abondante et non albumineuse, une seule malade a dû être cathétérisée pendant quelques jours et enfin que le séro-diagnostic a été positif dans un des cas traités par M. le Dr Rousseau.

M. le Dr Catellier, médecin hygiéniste de la ville, nous communique le Rapport de l'Enquête qu'il a faite pour établir la cause de cette épidémie de fièvre typhoïde. Ce rapport ayant été publié en entier dans le numéro du mois de novembre 1901, nous ne mentionnerons que les conclusions. 1° La fièvre typhoïde a été apportée à l'Hospice des Sœurs de la Charité et chez M. le Dr Gosselin par le laitier de St-David de l'Aube-Rivière. 2° Le lait a été le véhicule de la contagion 3° Il est très probable que les deux employés du laitier ont pris la maladie en buvant l'eau d'un puits où pourrissait une charogne.

M. le Dr Brochu demande à M. le Dr Catellier, si l'on a fait des recherches pour se rendre compte si le laitier C..... de St-David n'aurait pas acheté du lait d'ailleurs qui aurait pu être contaminé.

Il cite à l'appui le fait d'une épidémie semblable survenue en 1891 dans laquelle un laitier avait été particulièrement incriminé. Le laitier avait eu un fils atteint de la fièvre typhoïde avant la propagation de la maladie dans sa clientèle. L'enquête révéla que ce laitier achetait plusieurs gallons de lait par jour d'une femme de campagne qui venait vendre à la ville le lait de deux de ses voisins chez lesquels sévissait la fièvre typhoïde. Le fils du laitier, dans ce cas, a paru être la 1^{ère} victime de ce lait conta-

miné, car il n'y avait aucune autre cause pour expliquer l'origine de la maladie.

M. le Dr Catellier répond que le laitier en question prenait du lait à St-Joseph de Lévis, où il n'y avait pas eu de fièvre typhoïde depuis plusieurs mois. La maladie a débuté chez le laitier de St David le 26 juillet et chez les Sœurs de la Charité 2 jours après, c'est à dire le 28 juillet. Et ce qui est important à noter, c'est que les religieuses qui ont pris le plus de lait de ce fournisseur ont été les plus gravement atteintes. Il se demande comment il se fait qu'une infusion de charogne puisse produire la fièvre typhoïde vu qu'en pareille occurrence on s'attendrait plutôt à voir survenir un empoisonnement ou une fièvre putride et non une maladie spécifique comme la fièvre typhoïde. Il préférerait s'arrêter à l'hypothèse que le puits aurait été contaminé, d'une façon ou d'une autre, par un enfant revenu à l'école à la fin de la convalescence de la fièvre typhoïde.

En réponse à M. le Dr Catellier demandant s'il est possible, comme dans ce cas, de trouver une période d'incubation de douze heures de la fièvre typhoïde, M. le Dr L. J. A. Simard soutient que la période d'incubation des microbes est d'autant plus courte que le microbe présente plus de virulence, comme par exemple la rage, dont l'incubation peut être de quelques jours si la virulence a été augmentée, tandis que habituellement elle est de plusieurs mois.

M. le Dr Rousseau dit qu'il y a eu deux empoisonnements, l'un par le microbe d'Eberth et l'autre par les microbes de putréfaction.

M. le Dr Simard s'en explique le fait que l'eau du puits ne présentait pas une saveur désagréable par sa basse température qui paralyse momentanément le nerf de la gustation.

Répondant à M. le Dr Catellier M. le Dr Brochu dit que la courte période d'incubation remarquée dans les deux premiers cas, qui paraissent avoir été l'origine de cette épidémie, pouvait peut être s'expliquer par le fait d'association microbienne, entre autres, les vibrions septiques répandus dans l'eau du puits par un animal en putréfaction. L'explication donnée pour la contamination possible de ce puits par un enfant de l'école convalescent de fièvre typhoïde paraît assez plausible.

M. le Dr Brochu présente ensuite deux malades de sa clinique de l'Hôtel Dieu, deux frères, atteints, l'un de maladie de l'aorte, avec un anévrysme à type récurrent laryngé, et l'autre d'une lésion mitrale avec symphyse cardiaque à la suite d'une médiastino-péricardite.

Les symptômes fonctionnels accusés par ces deux malades étaient assez identiques, si l'on excepte l'altération de la voix chez le premier, pour faire croire à une même maladie. Tous deux relevaient de souche arthritique ; c'est ce qui a fait dire au Dr Brochu que c'étaient deux frères qui présentaient deux maladies sœurs.

Les deux leçons cliniques, auxquelles ces malades avaient servi de sujet, seront publiées dans le Bulletin.

Monsieur le Dr Ahern termine la séance par la relation de cas de fractures de côte et de clavicule à la suite de violents efforts de toux. Son travail a paru dans le Bulletin du mois dernier.

Séance du mois de novembre.

M. le Dr L. J. A. Simard prend le fauteuil à 8 $\frac{1}{2}$ P. M.

Le procès-verbal de la séance du mois d'octobre est lu et adopté.

Monsieur le Dr Eugène Lacerte de Lévis nous communique une très intéressante observation de *Fistule Vésico-rectale*. Ce travail est publié au commencement de ce numéro du Bulletin.

Il est proposé ensuite par M. le Dr Arthur Simard secondé par M. le Dr Brochu que M. le Dr Grondin soit nommé représentant officiel à Paris de la Société Médicale de Québec. Adopté.

M. le Dr Siméon Grondin remercie en termes heureux tous les membres de la société de l'honneur qu'on vient de lui faire. Il promet de faire tout son possible pour attirer à Québec un grand nombre de médecins français au mois de juin prochain, à l'occasion du premier Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Enfin, le Dr R. Paquin soulève la question de l'Hôpital Civique. Après bien des pourparlers la motion suivante est votée à l'unanimité. Proposé par M. le Dr Paquin secondé par M. le Dr Simard Jnr. que la Société Médicale de Québec demande au Conseil Provincial d'Hygiène de faire faire un enquête régulière, sous le plus court délai, sur les conditions hygiéniques et le fonctionnement de l'Hôpital Civique de Québec.

Par ordre,

Dr R. Fortier

Co-Secrétaire.

Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

En même temps que nous recevons de tous les points du pays des réponses enthousiastes au prospectus qui vient d'être adressé à tous les médecins de langue française de l'Amérique, nous trouvons avec le plus grand plaisir sous ce même titre dans le *Journal de Médecine interne de Paris* une appréciation excessivement flatteuse de ce réveil de notre profession. En voyant le choix des citations qu'ils ont faites des écrits déjà assez nombreux publiés par notre BULLETIN sur ce sujet et surtout de la reproduction du prospectus ci-haut mentionnés, nous ne pouvons nous défendre d'un certain sentiment d'orgueil. Pour le plus grand nombre cet accueil est le signe précurseur d'un succès inespéré.

Ils sont, par de là les mers, on ne peut plus touchés des preuves non équivoques d'affection et de sincère attachement que nous leur portons. Ils n'ont aucun doute sur le succès de cette nouvelle association. Ils nous engagent à croire qu'ils sont particulièrement heureux de connaître l'existence d'un centre où l'esprit français est ardemment aimé et défendu comme il l'a été durant les dernières années, où les doctrines françaises sont honorées et propagées. Ils envoient par anticipation un fraternel salut à notre société en formation et lui souhaite prospérité et longue vie.—

En supposant qu'ils pourraient se rencontrer ici dans notre pays des voix discordantes soit sur l'opportunité de ce mouvement ou la valeur des moyens d'action employés jusqu'à ce jour, cet écho de là-bas est plus que suffisant il nous semble, pour dédommager ceux qui sont à la peine et les mettre au-dessus de l'esprit de critique qu'on rencontre toujours infailliblement aux mêmes heures et aux mêmes endroits.—

C, R. P.

Société Médicale du comté de Portneuf.

Nous sommes forcés faute d'espace de remettre au No. de janvier le rapport d'une séance de cette société qui a eu lieu à St-Alban chez M. le Dr Voisard le 22 décembre.

Outre le travail remarquable présenté par M. le Dr Mayrand, on s'est occupé surtout des intérêts professionnels

Les membres que nous avons vus depuis, nous disent qu'on ne saurait croire le bien que de telles associations sont appelées à rendre dans nos districts.

Ils regrettent infiniment que leur société ait eu une longue incubation.

Leurs réunions ont lieu tous les trois mois. Depuis le mois de septembre des bienfaits inappréciables ont été relatés et appréciés, tandis qu'en d'autre temps des inimitiés et des divisions sérieuses entre les mêmes confrères en auraient été la conséquence inévitable. Leur tarif, quoique déjà reconnu faible par le BULLETIN, rend à tous de réels services.

L'élection annuelle a donné le résultat suivant.

Président.....	M. le Dr L. A. Rousseau de St Casimir.
Vice.Président.....	M. le Dr A. E. Voisard de St-Alban
Secrétaire.....	M. le Dr Geo. Paquin réélu, Portneuf.
Ass. Secrétaire.. ..	M. le Dr Thos. Savary réélu, Pont-Rouge

Nos plus sincères félicitations aux nouveaux titulaires. Nous faisons des vœux pour que de pareils exemples soient suivis par les autres comtés qui manquent encore d'une organisation aussi essentielle surtout quand on songe au grand congrès que nous prépare avec tant de sollicitude l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

C. R. P.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Etudiants en Médecine de Langue Française et de Langue Anglaise

Depuis longtemps, les mécontents—et Dieu sait s'il y en a—critiquent à tort ou à raison—l'avenir le dira—le mode d'enseignement qu'on est convenu d'appeler *classique*. Les heures passées à faire une version grecque ou un thème latin sont considérées comme perdues et on voudrait plutôt les employer à faire des *études pratiques*, à quelque chose qui eût du bon sens v. g., des mathématiques, etc., etc. Comme dans les High-School anglais!

Je n'ai pas qualité pour juger l'enseignement classique, bien que je sois convaincu qu'un peu de remaniement ne lui ferait pas tort. Je ne voudrais pas, non plus, bien ou mal parler de l'enseignement qualifié de *pratique* que reçoivent nos compatriotes d'origine anglaise dans leurs High-School ; non, je désire simplement traduire ici ce qu'un confrère anglais, de Montréal, pense sur l'étudiant canadien anglais et l'étudiant canadien français.

Dans le numéro de septembre du *Montreal Medical Journal*, la rédaction apprécie, de la manière suivante, le rapport présenté à la dernière réunion du Canadian Medical Association, tenue à Winnipeg, à la fin d'août, par le docteur J. R. Jones, de Winnipeg. Au cours de son rapport, le docteur Jones déplore l'ignorance et le peu de préparation à l'étude de la médecine apportées par les étudiants de langue anglaise.

Le *Montreal Medical Journal* ajoute : " Il y a beaucoup de choses que nous approuvons de grand cœur, dans le rapport du Dr Jones. Il a, nous croyons, reconnu et touché du doigt ce que nous considérons le point faible dans notre enseignement, c'est à-dire, une mauvaise préparation à l'étude de la médecine par des études préliminaires insuffisantes. Non seulement au Canada, mais dans toute l'Amérique du Nord, si nous en jugeons par les élèves qui nous arrivent de toute part, l'enseignement reçu à l'école est si peu soigné que l'étudiant en médecine ordinaire n'est pas capable d'écrire un anglais convenable. Nous ne voulons pas dire qu'il ne soit pas capable d'épeler ses mots correctement, bien que la chose arrive assez souvent, nous voulons plutôt dire que son éducation a été si peu soignée qu'il lui est impossible de s'exprimer en un style clair, ou, si l'on veut, il prouve par ses manuscrits que, s'il a pu apprendre des faits et des dates, il n'a pas appris à s'exprimer et par conséquent il n'a pas appris à penser. Voilà, nous le croyons sincèrement, la grande faiblesse de notre enseignement préliminaire, c'est une faiblesse qui se fera voir dans l'existence entière d'un homme

Bien que ce soit une habitude de décrier l'éducation reçue par nos compatriotes de langue française, nous sommes forcés d'admettre que, sous ce rapport, *l'éducation reçue dans les grandes maisons d'éducation françaises de la province est supérieure à celle que reçoivent nos jeunes compatriotes de langue anglaise.* "

Plus loin, ce confrère ajoute : " Nous approuvons le docteur Jones lorsqu'il demande, non pas tant une éducation classique comme on l'entend d'habitude, mais une connaissance suffisante du latin et du grec avec une

connaissance parfaite de l'anglais. Nous croyons qu'un bon enseignement du latin est un excellent moyen de faire surgir (" of drawing out ") les pensées et l'intelligence d'un jeune élève. Nous n'exigerons pas le même enseignement pour le grec, mais nous croyons sincèrement qu'un étudiant en médecine doit en savoir assez pour connaître et comprendre l'origine ou la racine et la signification de ce bagage de mots scientifiques tirés du grec et avec lesquels il faut qu'il se familiarise. Nous savons, par expérience, que les étudiants anglais travaillent beaucoup plus arduement ici que les étudiants en Angleterre, mais cette somme de travail, qu'ils font en plus, est représentée par les efforts de mémoire qu'il sont obligés de faire pour se rappeler des termes de médecine qu'il leur serait facile de retenir, si les racines grecques ne leur étaient pas inconnues. C'est une chose connue que les faits ou les mots isolés, qui n'ont pas d'idées associées sont ceux qui demandent les plus grands efforts de mémoire. "

Voilà une opinion de confrère que je ne suis pas fâché d'enregistrer et de porter à la connaissance des lecteurs de l'UNION MÉDICALE qui ne l'auraient pas lue dans le *Montreal Medical Journal*. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que les professeurs anglais—ceux du McGill, en particulier—rendent témoignage à la bonne formation des étudiants de langue française. L'un d'eux a déjà reconnu que leurs élèves les plus brillants, tant dans l'étude du droit que de la médecine, sont ceux qui ont reçu leur éducation préliminaire dans nos maisons d'éducation françaises

J.-E. DUBÉ,

Agrégé Médecin des Hôpitaux

NOTE DE RÉDACTION.—Nous reproduisons en entier avec un plaisir non dissimulé et une grande satisfaction cette excellente note de l'*Union Médicale*. Elle vient bien à propos soutenir le zèle des gouverneurs de notre collège qui s'occupent actuellement de la réforme du programme des études préliminaires à celles de la médecine, et elle ne peut mieux affirmer et appuyer d'un poids inappréciable, les très justes remarques de M. le Dr Vallée, dans le BULLETIN MÉDICAL de Québec (Août 1901.)

On voit par là que la partie bien pensante de nos confrères anglais est loin de regarder avec faveur les " réformateurs qui affirment sans se mettre en peine d'en donner la raison, que tout irait bien mieux si l'on bouleversait notre système d'éducation de fond en comble. "

C'est avec de notre excellent confrère le *Montreal Medical Journal* vaut à lui seul toutes les plus belles productions qu'on ait pu offrir pour com-

battre " cette tendance assez générale parmi les réformateurs de substituer la méthode encyclopédique à la méthode vraiment éducative. "

Il nous confirme dans la conviction où nous sommes que " la fin propre de l'enseignement secondaire est la formation même de l'esprit, son développement, son évolution ; " et que nous devons appuyer de toutes nos forces les conclusions suivantes du travail de M. le Dr Vallée :

" 1^o Exiger un certificat d'études complètes de tous ceux qui se présentent à l'examen préliminaire.

" 2^o Arrêter le programme de cet examen sur des bases sérieuses et durables en ne perdant pas de vue que la véritable instruction consiste dans l'éducation des facultés de l'esprit. "

Jugement Intéressant

Pour la Profession Médicale

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec

vs

Dr Auguste Bourbonnais M. P. au fédéral

Monsieur le juge A. Dorion vient de décider qu'un médecin ne peut pas prétendre renoncer à la qualité de membre du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et en même temps continuer à exercer la profession médicale. Les prétentions du défendeur sont rejetées.

S'il fait telle renonciation, il doit cesser aussitôt l'exercice de sa profession

Tant qu'il exerce sa profession comme le défendeur l'a fait, le médecin doit payer la contribution de deux dollars par an.

Jugement est en conséquence rendu contre le défendeur pour vingt-quatre dollars et dépens.

NÉCROLOGIE

Nous avons aujourd'hui à enregistrer deux pertes qui nous sont tout particulièrement sensibles. Le Dr Arthur Watters de cette ville, type de gentilhomme au cœur large et généreux qui s'épuisa au service d'une clientèle choisie dont il était l'idole, vient d'être enlevé encore jeune à l'affection de ses parents et à l'amitié de tous ses confrères et de ceux qui l'ont connu. Il fut pendant plusieurs années gouverneur du Collège des Médecins de cette Province. Nous offrons à son épouse et à sa famille éplorées nos plus sincères sympathies.

A quelques jours de là nous recevions la nouvelle de la mort du Dr François Langlais, de Trois-Pistoles, père de notre excellent confrère et ami le Dr François Joseph Langlais, gouverneur du Collège des Médecins.

Caractère franc et loyal, d'une énergie et d'une générosité peu communes, il nous faisait encore espérer pourtant une carrière plus longue.

Nous offrons au Dr Langlais, jnr. et à toute la famille du défunt les condoléances du " Bulletin Médical. "

Le Bulletin s'associe encore aux nombreux amis de notre éminent collaborateur, le Dr L. J. O. Sirois de St Ferdinand d'Halifax, pour lui offrir les meilleures sympathies à l'occasion de la perte si sensible qu'il vient de faire de son fils bien aimé.

BIBLIOGRAPHIE

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. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Ces *Conférences de Médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Parmi les questions d'ANATOMIE, nous citerons les *muscles intrinsèques du larynx*, la *trachée*, les *vaisseaux sanguins du poumon*, la *configuration et les rapports du cœur*, les *espaces intercostaux*, le *diaphragme*, le *nerf facial*, les *circonvolutions cérébrales*, les *arteres du cerveau*, les *sinus de la dure-mère*, le *quatrième ventricule*, etc.

Comme sujet de PATHOLOGIE INTERNE, nous signalons le *croup*, la *tuberculose pulmonaire*, la *gangrène pulmonaire*, l'*adénopathie trachéo-bronchique*, la *grippe*, l'*érysipèle de la face*, l'*hémorragie cérébrale*, la *méningite tuberculeuse*, l'*hémiplegie*, le *tabes*, etc.

La PATHOLOGIE CHIRURGICALE est représentée par les questions : *Cancer du larynx*, *corps étrangers des voies aériennes*, *cancer du sein*, *plaies pénétrantes de la plèvre et du poumon*, *fractures du rocher*, *conjonctivites*, *mal de Pott*, *fractures du rachis*.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée.—II, Poumons et Plèvre. III, Cœur.—IV et V, Thorax.—VI, Crâne et Face.—VII, Œil et Oreille.—VIII, Encéphale.—IX, Moëlle.—X, Moëlle et Rachis.—XI, Gou et Corps thyroïde.—XII, Langue, voile du Palais, Amygdales.—XIII, Œsophage et estomac.—XIV, Intestin.—XV, Rectum et Périnée.—XVI, Foie et Voies biliaires.—XVII et XVIII, Abdomen.—XIX et XX, Reins. Urétères, Vessie.—XXI, Organes génitaux de la femme.—XXII, Organes génitaux de l'homme.—XXIII, Accouchements.—XXIV et XXV, Membre supérieur.—XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur.—XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les

auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer

NOUVELLES

Nous apprenons avec peine la maladie sérieuse de M. le Dr L. A. Fortin, de Saint-Vincent de Paul.

Nous saluons avec plaisir l'arrivée parmi nous du Dr Geo. Watters, de St-Augustin. Il a ouvert son bureau à Québec à la place de son frère regretté, feu le Dr A. Watters. Le Dr E. Desormeaux, de St-Epiphane le remplace à St-Augustin.

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES DE V. BÉGUIN

Pharmacien de 1ère classe

Lauréat de l'Ecole Supérieure de Pharmacie de Paris.

Glycéro-Phosphate de Chaux Granulé Soluble titré à 10 0/0

Dosé à 20 centig. par cuillerée à café

Stimulant du système nerveux. Reconstituant des forces vitales.

SIROP GLYCÉRO-PHOSPHATE DE CHAUX. Dosé à 30 centig. par cuillerée à café.

Souverain contre : Névralgies, Neurasthénie, Phosphaturie, Rachitisme, Paralysie.

ELIXIR TONIQUE AU PEPTONATE DE FER. Fortifiant-Réparateur-Anti-

anémique. Prescrit avantageusement contre : Chlorose, Gastralgies, Menstruations difficiles. Ne produit ni constipation, ni fatigue de l'estomac.

FARINE LACTÉE RENAUX. Aliment Tonique Azoté contenant dans ses divers éléments les strictes proportions physiologiques qui en font un aliment complet pour les enfants en bas âge.

Ces produits français
sont en vente chez

W. BRUNET & CIE Pharmaciens en Gros
A QUÉBEC

Et dans toutes les bonnes pharmacies

Concessionnaire pour le Canada: ULD. FRANCOEUR, Québec.