

PAGE

MANQUANTE

ERRATA

Un certain nombre d'oublis et d'erreurs se sont glissés dans la composition de notre dernier numéro au cours d'une absence de notre secrétaire général qui s'était permis de prendre des vacances.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir accepter nos plus humbles excuses et de prendre bonne note des corrections suivantes :

1. L'article de tête ANESTHÉSIE dont nous donnons la suite dans le présent numéro, est un extrait du premier volume, deuxième édition, du "Traité de technique opératoire" de Ch. Monod et Vanverts qui vient de paraître.

2. L'article "Balnéation" est la suite et fin de l'article "Balnéation et Diététique dans la fièvre typhoïde" dû à la plume du Prof. Agrégé Dr J. Thiroloix et dont on a pu lire le début dans le No 10 Vol. II, p. 157.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

ANESTHÉSIE

(Par les Docteurs Chs Monod et Vanverts)

Suite et fin (1)

L'important en pratique est de reconnaître parmi les phénomènes de l'anesthésie ceux d'observation facile, permettant d'en suivre les progrès et, lorsqu'elle est obtenue, de s'assurer qu'elle se maintient sans risque pour l'opéré.

Pour constater l'abolition de la sensibilité, l'exploration de la surface cutanée est souvent insuffisante. Le malade peut ne plus réagir à l'attouchement et même au pincement de la peau, et cependant sentir encore le bistouri pénétrant dans les tissus. — La disparition du réflexe palpébral est à ce point de vue, d'un grand secours. Paul Berger a insisté sur la valeur de ce caractère. Lorsque l'anesthésie est presque complète, l'attouchement léger de la conjonctive et de la cornée avec la pulpe des doigts n'amène plus la contraction de l'orbiculaire palpébral.

L'examen de la pupille est un second moyen, simple et précis, de s'assurer que le chloroforme poursuit régulièrement son action. Budin et Coyne, qui considèrent la pupille comme un véritable esthésiomètre, en ont bien mis en lumière l'importance. La pupille, lorsque l'anesthésie est obtenue

est et doit rester rétrécie. La moindre tendance à la dilatation mettra l'attention en éveil.

Augé, dans sa thèse, trace de la façon suivante (schématique, mais exacte) la ligne de conduite à observer pour maintenir l'anesthésie complète et éviter les accidents. Les limites entre lesquelles on doit se tenir sont marquées par les phénomènes suivants : limite minima, abolition du réflexe cornéen ; limite maxima, pupille punctiforme.

L'abolition du réflexe cornéen est nécessaire pour que l'anesthésie existe ; mais elle n'indique pas toujours qu'elle soit absolue. Le rétrécissement punctiforme de la pupille donne à cet égard plus de certitude. Elle doit rester telle jusqu'à la fin de l'anesthésie. Si elle se dilate, ce peut être de deux façons : graduellement ou brusquement. Dans le premier cas, le malade va se réveiller avec réapparition du réflexe cornéen ; il suffit de verser une nouvelle dose d'anesthésique sur la compresse. Dans le second, la syncope est imminente et il faut supprimer les inhalations de chloroforme.

4. PHÉNOMÈNES CONSECUTIFS A LA CHLOROFORMISATION

Le réveil se fait dans la plupart des cas très rapidement ; s'il tarde un peu, on flagelle légèrement le visage ou l'on exerce une forte friction sur les joues. — Le chirurgien fera bien de ne pas s'éloigner avant que son malade n'ait donné quelque signe de retour à lui-même.

L'opéré doit être maintenu dans la position horizontale pendant plusieurs heures. Si l'on doit l'asseoir pour faire le pansement, il faut le surveiller de près, car cette situation prédispose à la syncope et aux vomissements.

Quelques malades n'éprouvent après le réveil aucun malaise ; mais souvent on observe dans la première journée de la céphalalgie, des nausées, des vomissements, qui exceptionnellement se prolongent pendant deux et trois jours. Aussi vaut-il mieux ne laisser rien prendre à l'opéré pendant les cinq à six heures qui suivent la chloroformisation. Au bout de ce temps, si la soif est vive, une gorgée d'eau est permise. On n'augmentera la dose de liquide et on n'en modifiera la nature (champagne ou grog, de préférence à la glace) que si cette première ingestion a été bien supportée.

Une injection de 5 à 10 milligr. de morphine pourra être utile, tant pour calmer les douleurs que pour diminuer le malaise général. Il faut savoir cependant que, chez certains sujets, l'injection de morphine provoque des vomissements.

(1) Voir les Nos 14 et 15.

5. COMPLICATIONS DE LA CHLOROFORMISATION

A.—RESPIRATION — La toux et la suffocation sont ordinairement évitées si l'on emploie du chloroforme parfaitement pur. Les mucosités dues à l'irritation des bronches par les vapeurs de chloroforme gênent parfois la respiration ; on les enlève avec des éponges montées que l'on plonge dans l'arrière-gorge.

Au début, il arrive fréquemment que le malade oublie en quelque sorte de respirer. Quoique cet état ne soit pas dangereux, il ne faut pas le laisser durer ; on doit par quelques légères excitations, par la friction des espaces intercostaux, réveiller les mouvements respiratoires.

On se méfiera, d'autre part, des longues et profondes inspirations qui entraînent une absorption trop rapide de chloroforme.

La chute de la langue en arrière détermine une obstruction plus ou moins complète de l'orifice du larynx. La respiration est gênée ; on s'en aperçoit à l'aspect violacé que prend la face, au bruit déterminé par le passage de l'air à travers un orifice rétréci, à la rapidité des mouvements respiratoires, à l'agitation du malade.—Lorsque cet accident se produit, il faut ramener la langue en avant. Pour y arriver plusieurs procédés sont en usage. Le plus simple et le meilleur consiste à soulever le maxillaire inférieur, en appuyant sur les angles de la mâchoire (fig. 106) sans qu'il soit nécessaire, nous semble-t-il, d'avoir pour cela recours au propulseur récemment proposé par Haury. Si ce moyen ne suffit pas, ce qui est exceptionnel, on saisit la langue avec une pince (fig. 97 et 98) et on l'attire entre les lèvres. Le pincement systématique de la langue dès le début de l'anesthésie ne présente aucun avantage et impose au malade, à son réveil, des souffrances inutiles.

B.—CIRCULATION — L'état du pouls et, mieux peut-être, la coloration des oreilles et des parties de la face qui ne sont pas cachées par la compresse à chloroforme renseignent sur l'état de la circulation. Quand la face est rosée, tout va bien. Si elle devient violacée, il faut craindre l'asphyxie. Si elle est pâle, ainsi que les lèvres, le malade est en imminence de syncope : en ce cas le pouls est souvent petit et intermittent.

La couleur foncée, presque noire, que prend le sang de la plaie témoignerait encore d'une asphyxie menaçante et frapperait aussitôt l'attention du chirurgien, qui avertirait son aide.

C.—TROUBLES STOMACAUX. — Nous avons vu que des troubles stomacaux consistent en nausées et vomissements pouvaient se produire à deux moments distincts : pendant la chloroformisation ou à sa suite. Les nausées du début, qui sont assez fréquentes, disparaissent si l'on continue l'administration du chloroforme ; on insistera d'autant plus que ces nausées sont bientôt suivies d'une tendance au réveil. S'il survient des vomissements, il faut faciliter l'évacuation des matières en tournant la tête du malade de côté ; on évite ainsi leur passage dans le larynx. On reprend ensuite la chloroformisation, qui est, ici encore, le meilleur moyen de calmer les contractions stomacales.

Les vomissements postanesthésiques constituent parfois par leur abondance et leur durée une véritable complication.

Pour les prévenir, on a conseillé : l'application au-devant du cou d'une compresse mouillée froide — des inhalations de vinaigre, faites immédiatement après la chloroformisation et prolongées pendant plusieurs heures ; la compresse imbibée de vinaigre doit être substituée à celle chargée de chloroforme, sans laisser l'opéré respirer à l'air libre (Lewin) — l'absorption de quatre verres d'eau, le premier une heure et demie, le second une heure, le troisième une demi-heure, le quatrième quelques instants avant la chloroformisation (Denucé).

Pour les combattre, on a recours à la glace, à la potion de Rivière, à l'eau chloroformée, à l'eau oxygénée, etc.

D.—PARALYSIES POSTANESTHÉSQUES — On observe parfois, à la suite de la chloroformisation, des paralysies du membre supérieur dues à la compression des nerfs qui suivent la face interne du bras. Ces accidents sont particulièrement fréquents depuis que l'on a pris l'habitude de fixer pendant l'anesthésie les bras le long du corps à l'aide de courroies, souvent trop serrées, et sans se préoccuper assez de la position que l'on donne au membre. Il suffit de signaler la possibilité de cet accident et la cause qui le produit pour qu'il soit facilement évité.

Certaines paralysies, plus rares, sont de pathogénie plus complexe ; elles reconnaissent probablement une origine toxique.

E. DE LA MORT PENDANT L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE — La mort peut survenir à différents moments de l'anesthésie. Elle résulte soit de l'asphyxie, soit d'une syncope pulmonaire ou cardiaque.

La mort par trouble respiratoire est d'origine mécanique (chute de la langue) ou d'origine nerveuse: le malade a de l'apnée; il respire rarement, est agité, violacé; puis tout à coup la respiration s'arrête et le cœur bientôt après.

La syncope cardiaque se produit soit au début soit au cours de l'anesthésie. Au début, après quelques inhalations, survient un arrêt du cœur explicable par un réflexe agissant sur le bulbe, réflexe dont le point de départ serait dans les ramifications nerveuses des voies respiratoires. Cette syncope initiale est brusque; rien ne permet de la prévoir. Celle qui se produit plus tard est ou bien de même ordre ou plutôt, d'après Ch. Richet, due à une intoxication du cœur ou des ganglions. Elle est ordinairement annoncée par de la pâleur de la face et le ralentissement du pouls.

Nous devons mentionner encore dès à présent les procédés d'anesthésie mixte qui ont aussi pour objet de prévenir les accidents graves de la chloroformisation. Nous y reviendrons plus loin.

B. MOYENS PROPOSÉS POUR COMBATTRE LES ACCIDENTS CHLOROFORMIQUES — Le chirurgien dispose des suivants :

1. Tractions rythmées de la langue (Laborde) — Saisir solidement le tiers antérieur de la langue entre le pouce et l'index avec un linge quelconque ou, de préférence, à l'aide d'une pince et exercer sur elle, de quinze à vingt fois par minute, de fortes tractions réitérées, successives, rythmées, suivies de relâchement — la langue étant à ce moment fortement refoulée au fond de la bouche. Pendant les tractions, il importe de se rendre compte que l'on tire bien sur la racine de la langue, qui s'y prête par son élasticité et sa passivité, surtout dans les cas de mort apparente. Lorsque l'on commence à sentir une certaine résistance, c'est que la fonction se rétablit et que la vie revient; il se fait alors un ou plusieurs mouvements de déglutition, bientôt suivis d'une inspiration bruyante, hoquet inspirateur, "signe de la réviviscence". Ces tractions ne doivent jamais être employées seules; il faut les combiner aux manœuvres de respiration artificielle.

2. Respiration artificielle — Moyen que nous considérons comme supérieur au précédent et auquel du moins on ne manquera jamais d'avoir recours. Elle se pratique à l'aide du procédé de Sylvester. Le sujet est amené à l'extrémité de la table d'opération, de façon que la tête soit en position déclive. Le chirurgien, placé derrière le malade, saisit les deux avant-bras de celui-ci au niveau du poi-

gnet, porte les bras en élévation forcée, et les maintient en cette situation pendant quelques secondes, puis il les ramène sur les parties latérales du thorax en ayant soin de comprimer les côtes. Un aide accentue au besoin la compression du thorax avec ses deux mains à plat sur les côtes inférieures. Ces mouvements doivent être faits d'une façon rythmique et sans précipitation (10 à 12 fois par minute).

L'éther anesthésique doit être parfaitement pur, neutre, dépourvu d'eau et d'alcool, préparé de fraîche date, marquant 66 degrés à l'aréomètre Baumé. Lorsqu'on en verse une certaine quantité sur un linge, il ne doit laisser aucun résidu après l'évaporation.

A cause de la grande volatilité de l'éther, on ne peut se servir pour l'administrer d'un simple mouchoir comme pour le chloroforme. C'est aux masques que l'on a habituellement recours — masques de Julliard, de Forgue. On peut aussi se servir de de Julliard, de Foegue. On peut aussi se servir de sacs — sacs de J. Roux, de A. Poncet, de Wanschler-Landau, de Junker. Les appareils compliqués de Clover ou d'Ormsby sont peu usités et ne sont pas d'ailleurs nécessaires.

L'appareil à éthérisation, quel qu'il soit, doit répondre aux conditions suivantes: être assez large pour couvrir complètement le visage; être fait d'une substance imperméable aux vapeurs d'éther; contenir, fixée en son fond, une rosace en flanelle ou une éponge qui emmagasine l'éther versé.

Il pourrait, au reste, être improvisé en quelques instants: un grand morceau de feutre ou d'étoffe épaisse quelconque est roulé en un cône dont la dimension, à sa base, correspond à celle de la face; il est cousu ou fixé avec des épingles, puis doublé extérieurement et très exactement d'une toile imperméable (taffetas gommé, mackintosh); au fond du cône, on fixe, une ou plusieurs éponges. La vulgaire blague à tabac (vessie de porc) est aussi parfaitement suffisante (Ollier).

Par prudence et pour éviter la chute des gouttes de liquide dans les yeux, on couvrira ceux-ci d'un mouchoir.

ADMINISTRATION DE L'ETHER — Une première dose d'éther, 20 cent. cubes environ, est versée au fond de l'appareil et celui-ci est approché de la figure du patient. On le maintient d'abord à une certaine distance, pour habituer le malade à l'odeur de l'éther. Quelques instants après (une demi-minute environ), on l'applique exactement sur la face. Au bout de deux minutes, une nouvelle

dose d'éther, semblable à la première, est versée dans l'appareil. On répète régulièrement la même manœuvre, toutes les deux minutes environ, jusqu'à ce que l'anesthésie complète soit obtenue. A partir de ce moment, on diminue la quantité d'éther et l'on en verse plus rarement. Le masque est fréquemment soulevé pour permettre d'inspecter le faciès et pour donner de l'air à l'opéré.

L'éther était autrefois versé dans le masque, par grandes masses, 100 à 150 cent. cubes à la fois. On tend de plus en plus aujourd'hui à l'administrer comme le chloroforme, à doses petites et continues ("Tropfnarkose" — Braun, Witzel.) — avec ou sans injection préalable de morphine — à condition d'être prêt à lui associer le chloroforme si le sommeil tarde à venir, pour revenir à l'éther quand il est obtenu.

III. PHÉNOMÈNES ET ACCIDENTS DE L'ETHERISATION — C'est d'abord un sentiment de suffocation qui porte le malade à se débattre, à retirer l'appareil placé sur son visage.

Ce sont ensuite de violents accès de toux qui surviennent parfois au début de l'éthérisation.

La sécrétion salivaire et bronchique est généralement augmentée. Cette action se manifeste par un écoulement de salive et une respiration bruyante.

Ces divers phénomènes — beaucoup moins accentués, lorsque l'éther est donné à doses faibles — reconnaissent pour cause l'excès de concentration des vapeurs étherées. On les évitera — ou, du moins, on en réduira l'intensité — par une administration prudente de l'anesthésique. Si l'un d'eux s'exagère, on doit aussitôt soulever ou enlever complètement le masque et donner libre accès à l'air.

La "cyanose", que certains chirurgiens considèrent à tort comme un phénomène normal dont il ne faudrait pas s'inquiéter, est due à la même cause. Elle sera évitée de la même façon.

Les autres phénomènes ou accidents de l'éthérisation sont les mêmes que ceux de la chloroformisation. Toutefois les vomissements semblent moins fréquents après l'éthérisation.

(A suivre)

DU CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL

Par le Dr O. Pasteau, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Necker.

I. LES DANGERS DU CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL — Le cathétérisme urétéral a été très fortement battu en brèche en particulier par Israël

en Allemagne, par Bazy, Tuffier, Hartman en France.

Sans doute, on commence à être moins injuste à son égard, et aujourd'hui même, les inventeurs des séparateurs cherchent à propager de nouveaux instruments, qui permettraient précisément de faire le cathétérisme urétéral.

Cependant, toutes les préventions ne sont pas encore tombées ; on reproche encore au cathétérisme urétéral de déterminer des lésions vésicales, des blessures de l'uretère et d'être la cause d'infections graves.

A.—Les lésions vésicales sont évidemment peu importantes, et je ne ferai que les citer, car on s'accorde généralement à déclarer qu'elles sont peu fréquentes et peu graves : brûlures, traumatisme, distension, sont surtout le fait d'un manque d'habitude et de précaution.

B.—Les lésions urétérales doivent être évitées avec le plus grand soin. Il est facile de s'en mettre à l'abri en opérant avec douceur et en se rappelant les principaux points d'anatomie normale ou pathologique de l'uretère.

On doit savoir par exemple, qu'il peut exister une sorte de petite valvule située à 1-2 centimètre ou 1 centimètre au-dessus du méat urétéral ; on éprouve de même assez souvent une certaine gêne dans l'introduction de la sonde à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'orifice urétéral ; de même encore, dans les cas de ptose rénale en particulier, il est important de savoir à quelle distance on est dans l'uretère pour penser à une couture, à une plicature possible du conduit. Tous les inconvénients peuvent être très facilement supprimés, tous les dangers absolument écartés, pourvu que l'introduction de la sonde soit faite tout le temps sous le contrôle de la vue, que la sonde soit poussée doucement, le cystoscope restant absolument à la même place, qu'elle passe à frottement doux dans l'instrument de manière à ce que la main de l'opérateur perçoive la moindre cause d'arrêt, que la sonde employée soit une sonde graduée, demi rigide, et d'autant moins rigide qu'elle sera d'un plus petit calibre, jamais pointue ni effilée à son extrémité. De cette manière, on n'a aucune tendance à léser la muqueuse urétérale, à faire saigner le conduit, à faire des fausses routes, à provoquer un traumatisme sérieux. Pour ma part, je n'en ai jamais vu.

C.—Le grand reproche qu'on a fait au cathétérisme urétéral est surtout qu'il provoque ou favorise l'infection urétéro-rénale. Là encore, il est bon de s'entendre, et je crois, pour mon compte,

qu'il y a eu de la part des détracteurs du cathétérisme une exagération manifeste.

On a dit qu'après le cathétérisme, il pouvait y avoir de l'élévation de température et des troubles généraux graves, que les urines rénales pouvaient rester infectées, et que dans le rein pouvaient évoluer ultérieurement des lésions infectieuses. Sans doute, on peut voir une élévation de température après le cathétérisme urétéral, en tous cas, ce n'est pas fréquent, ce n'est pas durable, et on ne peut facilement admettre, si les précautions ont été bien prises, qu'il persiste ultérieurement des lésions urétéro-rénales. Le danger, à ce point de vue, n'est pas grand, à mon avis, et d'après mon expérience. Certaines élévations de température ne sont pas niables après le cathétérisme urétéral tout comme il peut en exister, et tout comme il en existe parfois après un simple cathétérisme de l'urètre ; vouloir supprimer le cathétérisme urétéral pour cette raison, me semble donc aussi excessif que si on proposait de supprimer les sondages de vessie sous le prétexte qu'on a vu parfois à leur suite une ascension de température.

L'infection rénale consécutive et persistante est bien aussi exceptionnelle à la vérité. La déclarer impossible serait exagéré, puisque ce serait vouloir mettre de l'absolu en clinique. On peut cependant dire que pratiquement elle ne se rencontre pas, lorsque les instruments et les sondes ont été au préalable bien stérilisés, ce qui est possible ; lorsque l'introduction de la sonde s'est faite rapidement et sans tâtonnement, lorsqu'on a pris la précaution de laver l'uretère en retirant la sonde et de désinfecter la vessie.

Je parle ici uniquement d'après le résultat de mon expérience personnelle. On a tout dit sur les dangers du cathétérisme, on a même parlé de mort ; j'ai pour ma part actuellement plus de six cents cas de sondage de l'uretère, et j'attends toujours mon premier cas d'infection grave.

2. VALEUR DES RESULTATS DU CATHÉTÉRISME URETERAL. — Le résultat fourni par le cathétérisme de l'uretère est absolument certain. En effet, ou bien on n'arrive pas à faire le cathétérisme, et alors on sait qu'on ne peut tirer de cette tentative d'exploration une conclusion, ou bien le cathétérisme a pu être pratiqué, et le résultat qu'il donne ne peut prêter à aucune erreur s'il est bien surveillé. Quand la sonde employée est perméable, d'un calibre suffisant, bien placée au niveau du bassin si on emploie un bout rond, ou plus bas si on utilise les sondes en bec de flûte, on connaît la

quantité d'urine qui s'échappe du rein et la composition de cette urine, puisque aucun mélange n'est possible avec celle du côté opposé.

Il faut considérer comme exceptionnel et peu important le passage d'urine dans la vessie le long de la sonde urétérale. — L'erreur qui pourrait en résulter peut d'ailleurs être évitée avec certitude si on contrôle le fonctionnement de la sonde urétérale par une injection de bleu dans l'uretère.

3. FACILITÉ D'APPLICATION DU CATHÉTÉRISME URETERAL. — Le cathétérisme urétéral est applicable dans un très grand nombre de cas. Cependant, il en existe où il ne peut être employé ; il est nécessaire pour être complet de les indiquer :

A.—Naturellement je ne m'occuperai pas ici des difficultés qui tiennent à l'opérateur ou à l'instrument, puisqu'il faut partir de ce principe qu'on doit employer un instrument qui fonctionne bien, le meilleur autant que possible, et qu'on doit savoir manier suffisamment cet instrument pour que la question d'habileté de l'opérateur ne puisse être mise en cause.

La première condition est donc de connaître suffisamment l'instrumentation pour ne pas s'exposer à la trouver défectueuse, et d'être assez rompu à la pratique de cette exploration pour la faire facilement.

B.—L'état général doit être suffisant ; en particulier il est bon de ne pas faire un cathétérisme urétéral lorsqu'il y a de la température ; ce serait s'exposer à des dangers sérieux. S'il faut absolument sonder un uretère lorsqu'il existe de la fièvre, il faut être prêt également à ne pas différer l'opération et à opérer dès que les renseignements fournis par le cathétérisme sont suffisants.

C.—L'état de l'uretère est à considérer, et on comprend que le cathétérisme ne puisse toujours donner de résultat lorsqu'il existe des rétrécissements de l'uretère, des valvules, des coutures persistantes. Cependant, là encore cette exploration permet le plus souvent de faire un diagnostic qu'il serait impossible de faire autrement.

D.—L'état de la vessie peut amener également des causes d'impossibilité. — Pour pouvoir faire un cathétérisme cystoscopique, il est nécessaire d'obtenir un milieu suffisamment transparent, de bien voir l'orifice urétéral et de pouvoir placer convenablement son cystoscope par rapport à cet orifice. La première de ces conditions peut ne pas se trouver réalisable, par exemple dans un cas d'hématurie considérable ; la seconde, lorsqu'une ulcération,

une tumeur recouvre ou dissimule l'orifice de l'urètre ; la troisième, lorsque la capacité vésicale est trop petite, qu'il existe une cystite intense ; encore faut-il s'entendre, car j'ai pu, à plusieurs reprises, faire le cathétérisme urétéral dans des vessies de 80 grammes. — De même, lorsqu'il existe une inflammation assez vive de la région cervicale, les bords du col comme boursoufflés, peuvent devenir une véritable gêne pour l'inclination de la sonde vers l'orifice urétéral ; il suffit parfois, dans ces cas, de quelques lavages vésicaux, de quelques instillations dans l'urètre postérieur pour remettre les choses en état.

Pour être complet, je signalerai également comme cause d'impossibilité les dispositions anormales, rares d'ailleurs, de l'orifice urétéral, soit comme siège (orifice trop rapproché du col), soit comme dimension (sténose congéniale ou acquise du méat urétéral) et différents cas de cystocèle trop prononcée pour que le tamponnement vaginal soit suffisant pour réduire le prolapsus.

E. — L'état de l'urètre peut également s'opposer à l'introduction du cystoscope lorsqu'il existe des lésions de rétrécissement ou d'hypertrophie considérable de la prostate, ou de carcinose prostatique qui rendent la traversée de l'urètre postérieur impossible. L'urétrotomie, la dilatation et surtout le séjour d'une sonde à demeure sont les moyens à employer pour remédier à ces inconvénients, car pour introduire un instrument rigide et d'un certain volume jusque dans la vessie, la première condition, et on pourrait dire la seule, est d'avoir un urètre souple.

Les conclusions qui me paraissent devoir être tirées de cette rapide étude sur le cathétérisme urétéral seront formulées de la manière suivante :

1. Le cathétérisme urétéral n'est pas dangereux. S'il a des détracteurs, il trouve aussi, à l'étranger comme en France, des défenseurs dont les noms sont connus de tous. Qu'il me suffise de citer Nitzè, Casper, Kummel, Kelly, Albarran. D'ailleurs la liste des chirurgiens qui emploient normalement le cathétérisme urétéral s'accroît chaque jour. Le nombre des observations qui s'élèvent à plusieurs milliers, suffit à démontrer l'innocuité du procédé d'exploration.

2. Le cathétérisme urétéral est d'une utilité incontestable et, chose importante surtout, les résultats qu'il donne ne peuvent être mis en doute. C'est un mode d'exploration certain ; quand on est arrivé à le faire, on est sûr du résultat obtenu.

3. Le cathétérisme urétéral est d'un usage faci-

le. Pour qu'il puisse être utilisé, il suffit que le malade soit apyrétique, que l'urètre soit souple, que la vessie atteigne 80 grammes de capacité et que l'urètre lui-même soit perméable.

Quel est le meilleur procédé pour arriver au cathétérisme urétéral ? Sans entrer dans une discussion trop longue, on doit admettre que le cathétérisme cystoscopique donne les meilleurs résultats puisqu'il renseigne en même temps sur l'état de la vessie, et qu'il permet l'usage des sondes demi-rigides, c'est-à-dire de celles qui peuvent être poussées le plus loin sans inconvénient et qui peuvent rester le plus longtemps en place.

Sans doute, le cathétérisme avec les sondes rigides comme celles de Pawlick, peut donner aussi de bons résultats. Il est même des cas où il est le seul applicable ; comme exemple typique, je puis citer celui d'une jeune fille que j'ai observée, et qui portait une large fistulisation vésico-vaginale pour une cystite ancienne. Une pyonéphrose étant survenue, je pratiquai d'abord une néphrostomie, mais quand il s'agit plus tard de faire la néphrectomie secondaire, je ne pus évidemment établir la valeur comparée des deux reins que par le cathétérisme de Pawlick. Mais ce sont là des circonstances exceptionnelles, et je crois être en droit de conclure que le cathétérisme cystoscopique est le meilleur procédé et celui auquel on devra normalement recourir.

THERAPEUTIQUE

INFLUENCE DU NITRATÉ D'ARGENT SUR LA SECRETION GASTRIQUE ET SUR LES FONCTIONS DE L'ESTOMAC

A s'en rapporter aux recherches et aux observations cliniques du Dr Baibakoff, l'administration interne du nitrate d'argent, à doses convenables, accélère l'évacuation des aliments de l'estomac dans l'intestin et active la sécrétion chlorhydrique. C'est pourquoi l'administration de ce sel (trois fois par jour 2 milligrammes), est indiquée dans les cas d'hypoacidité gastrique, d'insuffisance de la digestion des albuminoïdes, et de fermentations anormales ayant pour siège l'estomac (Russk. Wratsch, 1905, nos 31-33).

UN CAS DE VERONALISME

Le cas concerne une hystérique de 28 ans, qui, depuis longtemps abusait du véronal en manière de soporifique. Elle tomba dans un véritable état de mal et elle ne tarda pas à succomber. En relatant

cette observation, le Dr Krebs ('Therapeutische Monatshefte', septembre 1905), a cru devoir insister sur les dangers que fait courir aux personnes nerveuses, l'usage prolongé du véronal, ce nouveau soporifique, dont on a tant vanté l'innocuité.

EXANTHÈME CONSECUTIF A L'EMPLOI THERAPEUTIQUE DU CACODYLATE DE SOUDE

Dans un cas de cachexie palustre, où on avait eu recours à l'administration interne et sous-cutanée du cacodylate de soude, le Dr Baldocci (Gazzeta d. Ospedali, 1905), no 109) a vu survenir un exanthème accompagné de troubles digestifs assez sérieux. Ces accidents se sont dissipés après qu'on eût suspendu la médication arsénicale.

LES APPAREILS PLÂTRÉS DANS LES FRACTURES DE JAMBE

(Hôpital Necker — M. le Dr Berger)

C'est une règle, dans les fractures de jambe, de ne jamais appliquer un appareil plâtré immédiat. Il faut commencer par un appareil de Scultet, et ce n'est qu'au bout de quelques jours, quand tout gonflement des tissus a disparu, qu'on peut recourir à un appareil définitif. Chez une blessée du service, atteinte de fracture spiroïde du membre inférieur, M. Berger a néanmoins modifié cette pratique. Il a appliqué un appareil plâtré immédiat : une gouttière plâtrée inamovible par derrière, un couvert plâtré amovible en avant, le tout modérément serré. Pourquoi cette dérogation à l'usage ? La malade — une femme de ménage — est alcoolique, elle s'agite, délire, montre de la tendance à se lever et à sortir. Avec de tels malades, il faut faire attention. On ne peut donner une surveillance à chaque malade ; un instant d'inattention, ils peuvent s'agiter, déplacer leur appareil, se lever. L'appareil de Scultet est excellent pour les malades qui restent tranquilles. Pour peu qu'ils délirent et soient agités, la contention par cet appareil devient insuffisante. Il faut autre chose. Un appareil amovo-inamovible maintient mieux. En même temps les blessés seront soumis au régime lacté et on leur administrera une potion calmante : bromure de potassium, 4 à 6 gr., et chloral 4 gr.

(J. des Prat.)

LES INJECTIONS DE CAMPBRE DANS LA PNEUMONIE FRANCHE

Dans un travail publié dans la 'Médecine Moderne', par M. Scheffler, de Saint-Etienne, l'au-

teur vante les bons effets qu'il a retirés de l'emploi du camphre dans la pneumonie.

Il emploie la formule suivante :

Camphre... ..	2 grammes
Éther sulfurique... ..	1 —
Huile d'olive stérilisée..	20 —

ou l'huile camphrée au 1-10 stérilisée.

Un à deux centimètres cubes par jour ; on pourra à l'extrême rigueur aller jusqu'à trois centimètres cubes.

TRAITEMENT DES ANEURISMES AORTIQUES PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE GÉLATINE

La gélatine mise au contact du sang en détermine rapidement la coagulation. Mais on ne doit pas la donner par la voie gastrique, car elle s'absorbe alors sous forme de peptone, substance empêchant la coagulation, et l'on irait ainsi à l'encontre du but que l'on se propose. Aussi Lance-reaux et Paulesco ont-ils eu l'idée de l'administrer en 'injections sous-cutanées'. Ils recommandent la solution suivante :

Gélatine blanche de commerce... ..	4 à 5 gr.
Solution de chlorure de sodium à 7 p.1000	200 c.c.
M. Huchard emploie une solution plus étendue:	
Gélatine... ..	10 grammes
Chlorure de potassium... ..	10 —
Eau... ..	1000 —

On injecte à la fois 50 à 150 c.c. de l'une ou l'autre de ces solutions. Les injections peuvent être répétées tous les huit jours, pendant très longtemps. Si l'on emploie cette méthode, il faut avoir bien soin de ne se servir que d'une solution bien stérilisée, la gélatine étant comme on sait un très bon milieu de culture pour nombre de microbes et pour le tétanos en particulier.

(Gaz. Méd. Belge, d'après Conc. Méd.)

TRAITEMENT DU PRURIT ANAL

Le hasard a permis à M. Sabouraud de découvrir un traitement dont l'efficacité serait réelle dans le prurit anal. Ayant eu à soigner un matelot, il apprit que, pour calmer ses démangeaisons, cet homme se badigeonnait l'anus et le périnée avec du vulgaire goudron de bateau. M. Sabouraud procéda à ce propos à une expérimentation attentive qui lui a fait reconnaître que cette efficacité du goudron était, en effet, indéniable. Il en préconise maintenant l'emploi, à parties égales avec de

la lanoline quand les tissus sont normaux ou à peu près ; au quart quand il y a des écorchures, des fissures, des lésions de grattage.

(Concours médical)

TRAITEMENT DES ADENITES TUBERCULEUSES

M. Calot (de Berck), conseille les injections de 1 centimètre cube du liquide suivant, dans les ganglions atteints :

Naphtol camphré... .. 1 gramme

Emulsine... .. 1 —

Glycérine neutre... .. 1 —

A mélanger dans un mortier avant de s'en servir.

LES INJECTIONS D'OXYGÈNE CONTRE LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES ARTICU- LATIONS ET DES SYNOVIALES

M. le Dr Hoffa ayant remarqué que chez les sujets chez lesquels, pour faciliter l'exploration radiographique des articulations, on avait insufflé de l'oxygène dans les jointures, il se produisait une amélioration notable: diminution des douleurs et grande facilité des mouvements, institua une méthode thérapeutique pour traiter les arthrites chroniques ordinaires. Les douleurs disparaissaient assez rapidement et les mouvements redevenaient bien plus faciles. Ultérieurement, il appliqua ce mode de traitement à des cas de tuberculose synoviale et d'hydarthrose tuberculeuse et il obtint ainsi une amélioration notable puisque, après deux ou trois injections d'oxygène, l'épanchement disparaissait presque complètement.

On procède de la manière suivante : Après avoir aseptisé la région ainsi que l'aiguille à employer, on ponctionne l'articulation, puis on évacue le liquide et on fait pénétrer dans la jointure de l'oxygène chimiquement pur jusqu'à ce que l'articulation soit bien tendue ; on obture ensuite le point de pénétration de l'aiguille avec un peu de coton et de collodion. Le malade est capable de se lever presque immédiatement et, au bout de deux ou trois jours, la sensation de tension articulaire disparaît avec la résorption de l'oxygène.

(Sem. Méd., 13 mars 1907)

DESINFECTIION DES MAISONS

Une excellente coutume qui devrait être une chose absolument établie est la désinfection des maisons à louer avant qu'une famille vienne s'y

installer. Cette désinfection est pratiquée quand il y a eu un cas de maladie véritablement contagieuse comme la vérole ou la diphtérie. Mais comment pouvons nous être sûrs que la maison que nous allons habiter n'a pas été infectée peu de temps auparavant par un cas de rougeole, de fièvre scarlatine, de tuberculose ou de fièvre typhoïde ? La désinfection à la suite de l'une de ces affections est de capitale importance. Et il existe bien d'autres maladies qui pour n'être pas aussi dangereuses n'en sont pas moins contagieuses et fort ennuyeuses à contracter. Aussi la désinfection de la maison que l'on va habiter devrait-elle toujours être exigée du propriétaire par ceux qui ont l'intention de venir y habiter.

(Santé Publique, Michigan)

CHRONIQUE DES TRIBUNAUX

LA RESPONSABILITE MEDICALE

La neuvième chambre correctionnelle, présidée par M. Toutain, a mis fin hier à la poursuite pour blessures par imprudence intentée au docteur Cormon, à propos des soins qu'il donna à une de ses clientes, Mlle Peyronnette, atteinte d'appendicite.

Après plaidoiries de Me Moro-Giafferi, qui réclamait 50,000 francs de dommages-intérêts pour la plaignante, partie civile au procès, et de Me Decori pour le prévenu, le tribunal a rendu l'intéressant jugement que voici :

«Attendu que le docteur Cormon est cité sous l'inculpation de blessures par imprudence au préjudice de la demoiselle Peyronnette, pour s'être, dans le traitement d'une appendicite dont elle était atteinte, rendu complice d'une négligence ou imprévoyance ayant causé ou augmenté le développement d'une escarre très étendue sur l'abdomen de la malade ;

Attendu qu'il importe d'abord de rappeler et de préciser les principes de la responsabilité incombant aux médecins dans l'exercice de leur profession ;

Que cette responsabilité résulte des articles 319 et 330 du Code pénal qui, dérogeant aux règles générales en matière pénale, d'après lesquelles un crime ou un délit n'existent pas sans l'intention coupable, ont, en raison de l'intérêt supérieur s'attachant à la conservation de la vie ou de la santé humaine, substitué à l'intention coupable, comme élément consécutif du délit, la simple imprudence, l'inattention, la maladresse ou l'inobservation des règlements de police :

Qu'on ne saurait toutefois sans dépasser l'intention du législateur et sans mettre en péril l'intérêt qu'il a précisément voulu sauvegarder, inculper les personnes pratiquant l'art de guérir à raison de tout agissement ayant occasionné un préjudice au malade, ce qui aurait évidemment pour résultat de détruire toute initiative et toute liberté dans le traitement des maladies et les opérations présentant des risques ;

Qu'il convient donc de reconnaître que pour observer une juste mesure :

1. La simple application de théories ou de méthodes médicales sérieuses appartenant exclusivement au domaine de la science et de l'enseignement ne doit pas entraîner de responsabilité pénale ;

2. L'inobservation des règles générales de prudence et de bon sens auxquelles est soumis l'exercice de toute profession, la négligence accoutumée, l'inattention grave, l'impéritie inconciliable avec l'obtention du diplôme exigé du médecin pour qu'il soit autorisé à pratiquer son art peuvent et doivent au contraire entraîner cette responsabilité.

Ces principes posés, le jugement aborde le cas du docteur Cormon :

Attendu que, dans la cause, les reproches formulés contre le docteur Cormon par le ministère public se résument, d'après le réquisitoire définitif et l'ordonnance de renvoi à la faute d'imprévoyance suffisante aux symptômes bien marqués qui annonçaient la formation d'une escarre, seul point retenu dans les conclusions du rapport présenté par M. le docteur Balthazard, expert commis ;

Attendu qu'à l'audience le reproche plus général de négligence et de défaut de soins appropriés a été formulé à l'appui de la prévention et a été discuté ;

Attendu que, d'après l'ensemble des dépositions sensiblement concordantes, recueillies à la barre, émanant des plus hautes autorités en matière médicale ou chirurgicale, qu'alors même qu'on prétendait alléguer l'influence que l'esprit de corps et de solidarité professionnelle a pu, en quelque mesure, exercer sur les appréciations de tel ou tel des témoins entendus, il convient de considérer comme établis les points suivants concernant le traitement normal de l'appendicite quand il n'y a pas lieu de recourir à l'intervention chirurgicale :

1. L'application de la glace, quand elle est reconnue nécessaire pour combattre l'affection cons-

tatée, doit être indéfiniment prolongée jusqu'à la disparition des symptômes de cette affection, malgré les inconvénients pouvant en résulter ;

20 L'interposition d'une flanelle entre la glace et l'épiderme du malade n'est pas indispensable ;

3. La constatation de la température par l'application du thermomètre n'est pas non plus indispensable quand d'autres moyens d'investigations, comme la palpation, peuvent être et sont effectivement employés, l'élévation de la température ne correspondant pas nécessairement avec la durée de l'affection elle-même ;

4. La formation d'une escarre peut être plus ou moins soudaine et ne peut être prévue avec certitude ;

Attendu que la vérité de ces diverses propositions étant admises, il en résulte une réfutation suffisante des griefs allégués à l'appui de la prévention, même dans la mesure restreinte fixée par les conclusions contenues au rapport de l'expert ;

Et que le point de fait doit se résumer en fin de cause dans les termes suivants :

La demoiselle Peyronnette a été atteinte d'une appendicite grave mettant son existence en danger, et le traitement qui lui a été appliqué par le docteur Cormon l'en a guérie, sauf l'effet des inconvénients impossibles à prévoir avec certitude, survenus à la suite d'un traitement présentant un caractère normal ;

Attendu qu'en ce qui concerne plus spécialement le reproche de négligence, ou impéritie adressé au prévenu pour n'avoir pas su discerner les symptômes annonçant la formation de l'escarre, que, d'après la déposition formelle du docteur Brezard, entendu à l'audience, il est affirmé que le prévenu avait constaté l'existence de ces symptômes dès leur apparition et appliqué un traitement approprié ;

Attendu que, dans ces conditions, les agissements reprochés au prévenu comme délictueux ne doivent pas être considérés comme justifiant une sanction pénale ;

Par ces motifs :

Renvoie le docteur Cormon des fins de la plainte sans dépens ;

Condamne la partie civile aux dépens du procès."

Ce jugement d'acquiescement est accueilli par les applaudissements de l'auditoire.

Treizième Rapport Annuel du Royal Victoria Hospital de Montréal.

RAPPORT DU SUPERINTENDANT

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter le treizième rapport annuel de notre hôpital pour l'année se terminant le 31 décembre 1906.

Le nombre des malades admis pendant l'année courante a été de 3,444, montrant une augmentation de 351 sur l'année précédente.

1,970 appartenaient à la religion protestante ; 1,148 à la religion catholique ; 279 à la religion juive, et 47 à une religion autre que celles mentionnées.

1,989 ont été admis gratuitement, 1,021 ont été admis dans les salles publiques en payant de \$0.50 à \$1.00 par jour, 434 ont été admis comme malades payants.

2,525 habitaient Montréal, et 419 sont venus de différentes localités en dehors des limites de la ville.

Le nombre total de visites ou consultations données par l'hôpital se monte au chiffre de 73,993 alors que l'année précédente ce chiffre n'a atteint que 71,194.

La moyenne de séjour à l'hôpital pour chaque malade a été de 22.04 au lieu de 23.07 chiffre de l'an dernier.

Au premier janvier 1906, 191 malades étaient à l'hôpital ayant été admis en 1905 ; durant l'année 3,411 ont reçu leur exeat, de ce nombre 1,935 étaient guéris, 994 améliorés, 152 non améliorés et 115 partirent sans avoir reçu de traitement, 215 moururent. Au 31 décembre 1906, 224 étaient encore en traitement à l'hôpital.

Sur les 215 morts, 69 ont eu lieu 48 heures après l'admission.

La mortalité a été de 6.30 pour cent et en en déduisant les morts survenues dans les premières 48 heures elle tombe à 4.28 pour cent.

Le chiffre le plus élevé de malades hospitalisés en même temps a été de 246 le 7 décembre, le chiffre le plus bas a été 174 le 2 janvier. La moyenne la plus élevée par mois a été 225 en décembre et la plus basse 190 en juillet. La moyenne par jour a été de 203 malades par jour au lieu de 195, chiffre de l'année précédente.

Durant les treize années de fonctionnement de l'hôpital, 33,126 malades y ont été admis :

1894...	1,570
1895...	1,841
1896...	2,016
1897...	2,349

1898...	2,279
1899...	2,537
1900...	2,619
1901...	2,579
1902...	2,814
1903...	2,931
1904...	3,054
1905...	3,093
1906...	3,444

A la consultation externe le nombre des malades traités a été de 4,229 ; le nombre des consultations données se montant au chiffre de 29,403 : médecine, 10,085 ; chirurgie, 8,641 ; yeux, 3,853 ; nez, larynx et oreille, 5,454 ; maladies de femmes, 1,390.

L'ambulance a fait 1,066 voyages.

Le revenu de l'année a été de \$160,436.09 ; les dépenses ont été de \$130,353.30 ; la différence, \$30,082 a été appliquée à l'amortissement de la dette créée par les nouveaux bâtiments et autres améliorations.

Le coût par jour et par malade, s'est monté à \$1.75.

Le coût par jour et par tête — comprenant le personnel et les malades — s'est élevé à 85 cents.

Le coût par jour par tête pour la nourriture seule, a été de 21 1-2 cents.

Depuis mon dernier rapport le travail destiné à rendre l'hôpital aussi à l'épreuve du feu que possible, a été poussé activement. Les sous-sols des services de médecine et de chirurgie qui étaient construits en bois et plâtre ont été complètement reconstruits. Tout ce qui était en bois a été enlevé et remplacé par un plancher en ciment soutenu par des poutres en métal. Les cuisines, salles de bain et lavabos ont été reconstruits en ciment, les murs ont été refaits en terre cuite et tuiles absolument à l'abri du feu. Le système de ventilation a été renouvelé et de grands éventails électriques ont été placés sur les conduites de ventilation dans les parois ont été recouvertes de terre cuite et d'une doublure en métal.

La presque totalité de ce travail est aujourd'hui achevée, il ne reste plus à transformer que la partie nord de l'aile où se trouve l'administration qu'occupe actuellement l'état-major des nurses et auquel on ne peut toucher avant que celles-ci aient occupé leur nouveau pavillon, ce qui sera chose faite dans le cours du prochain mois.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler l'hôpital a fait une perte immense dans la personne du Dr James Stewart qui avait occupé la situation de médecin en chef de notre institution depuis sa fondation. Ses grandes qualités, les services qu'il a

TROUBLES URINAIRES DU TABES

rendu à l'hôpital, l'intérêt si intense qu'il apportait au succès de l'hôpital font qu'il est regretté de tous.

Le Bureau des Gouverneurs et le Bureau Médical ont, à l'unanimité, voté à sa mort des résolutions exprimant leur sympathie et leur regret.

Les remerciements des Gouverneurs a été transmis à ceux qui sont venus en aide à l'hôpital.

Ci-joint le détail des travaux accomplis à l'hôpital par les différents services.

H. E. WEBSTER,

Secrétaire et Superintendant.

15 janvier 1907.

Clinique et Thérapeutique Urinaires

Par le Dr Rochet, chirurgien en chef de l'Antiquaille, chargé du cours des maladies
Voies Urinaires à la Faculté de
Médecine de Lyon

Les troubles mictionnels sont presque constants dans le tabès, à un degré plus ou moins accentué, bien entendu. Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection, et font même partie de symptômes révélateurs des pré-tabès.

Ils sont assez différents quand on y regarde d'un peu près.

Le plus fréquemment c'est "de la rétention" qu'on observe ; incomplète généralement, complète dans des cas très rares seulement ; avec distension ou sans distension notable ; avec ou sans incontinence. La classification de la rétention par hypertrophie prostatique peut s'appliquer tout à fait aux cas qui nous occupent.

L'incontinence qu'on observe alors est, comme chez les prostatiques, une incontinence par regorgement. Nous verrons plus loin comment on peut expliquer la rétention chez les ataxiques.

Indépendamment de ces grands troubles communément observés par ailleurs, on en observe d'autres assez spéciaux au tabès. Parfois, c'est seulement une difficulté plus ou moins considérable à émettre le premier jet d'urine. Au début de la miction, le malade est obligé de pousser avec force et plus ou moins longtemps avant que l'urine ne jaillisse au dehors ; puis, la miction commencée s'effectue à peu près normalement. D'autres fois, et malgré un besoin pressant, le malade a beau insister, rien ne vient ; il prend alors des attitudes bizarres pour faciliter la miction, il s'accroupit, il

se presse le ventre, etc. ; en fin de compte, il renonce et renvoie l'acte à plus tard. Mais souvent alors, dès qu'il s'est éloigné de l'urinoir, des gouttes arrivent, ou même une notable quantité d'urine qui souille ses vêtements. Ou bien encore la miction se fait, mais lentement, péniblement, sans force, et incomplètement, car la pression sur l'hypogastre est nécessaire pour achever l'évacuation.

Dans d'autres cas, enfin, c'est à-coups, par saccades séparées par des temps d'arrêt plus ou moins longs, que l'urination s'opère.

A côté de ces troubles de la miction proprement dite, il existe des cas où ce sont les douleurs vésicales et vésico-urétrales, qui dominent la scène. Le malade se plaint de ténésme, d'envies fréquentes et impérieuses d'uriner que la miction ne soulage guère. Il accuse des élancements douloureux dans le périnée le long de l'urètre, à l'hypogastre, dans les aines, parfois même de véritables coliques vésicales. Ces douleurs surviennent souvent sous forme d'accès, de crises subites, qui durent plus ou moins longtemps et se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés et ont une assez grande analogie avec les douleurs fulgurantes qu'on connaît aux membres inférieurs.

C'est surtout dans le pré-tabès qu'on a signalé ces "crises vésico-urétrales", et Fournier, dans ses leçons, y a longuement insisté. On peut encore avoir des symptômes d'incontinence ; mais alors ce n'est plus l'incontinence par regorgement, c'est une fausse incontinence due aux besoins imprévus, irrésistibles d'uriner ; le malade pisse dans ses vêtements ou dans son lit, parce qu'il n'a pas le temps de prendre l'urinal. Dans les cas que Fournier a décrits comme incontinence nocturne ou le matin, au réveil, avec échappement intermittent d'un peu d'urine, et qui ne seraient pas du véritable regorgement, on doit voir encore de l'incontinence par rétention, mais alors sans distension, comme dans les grandes rétentions que nous signalons au début de cette étude.

Les troubles mictionnels ont été expliqués de différentes façons, et différentes causes peuvent être mises en avant, suivant les troubles observés. On a invoqué une sorte de paresse vésicale produisant d'abord la lenteur ou la peine à l'évacuation totale de la vessie, puis plus tard, la rétention. Celle-ci pourrait encore être produite par l'anesthésie vésicale qui empêche de sentir le besoin d'uriner et laisse distendre la vessie. Mais ces interprétations, surtout la dernière, paraissent plutôt théoriques que bien démontrées pratiquement. Quand on

examine la vessie de ces sujets avec soin, et qu'on étudie sa force de contraction, sa sensibilité à la distension à l'aide de la manométrie par exemple, on s'aperçoit que, sauf les cas de rétensions très anciens, avec grosse distention, dans lesquels le muscle vésical peut avoir laissé une bonne partie de sa force contractile et de sa sensibilité, les cas où le muscle est vraiment paralysé (comme dans certaines paraplégies par exemple) et que la vigueur du muscle vésical comme sa sensibilité à la distension sont ici hors de cause ; les besoins douloureux quoique impuissants d'uriner, les étreintes et coliques vésicales, si fréquentes chez l'ataxique en sont encore des preuves. Si les efforts de miction restent vains parfois, ou si la miction est si troublée, c'est d'ailleurs qu'il faut en chercher la cause, et cette cause réside très vraisemblablement dans une inco-ordination motrice du sphincter urétral strié (Augagneur) analogue à celle qui frappe les muscles des membres inférieurs dans l'affection que nous avons en vue, et qui est plutôt caractérisée par de l'inco-ordination générale que par des paralysies.

L'inco-ordination motrice a été admise déjà pour le muscle général lui-même par MM. Féré et Geffrier. On ne peut pas refuser d'admettre l'inco-ordination motrice de la vessie, dit ce dernier auteur, sous prétexte que c'est un muscle lisse, alors qu'on voit les crises gastriques de l'ataxique ne pas pouvoir s'interpréter autrement que par des contractures anormales antipéristaltiques de la tunique musculuse de l'estomac ; les vomissements qu'on voit dans ces crises ne peuvent pas s'expliquer en effet uniquement par des contractions du diaphragme ou des muscles abdominaux qu'on n'a jamais signalées en pareil cas.

À côté de cette inco-ordination du muscle vésical lui-même qui expliquerait certains troubles mictionnels un peu spéciaux et bizarres, il faut admettre comme explication générale de la dysurie et de la rétention, l'inco-ordination du sphincter strié de l'urètre et lui faire la part la plus large dans l'interprétation pathogénique des cas que nous envisageons.

C'est cette inco-ordination du sphincter strié qui crée vraiment la rétention. Cette rétention n'est pas complète en général, chez l'ataxique, comme nous le faisons remarquer au début, et cela cadre bien avec l'inco-ordination qui n'est pas du spasme vrai, du spasme permanent comme dans d'autres affections nerveuses, et qui par conséquent ne produit pas d'obstacle complet ou permanent, entraînant par derrière une rétention ayant les

mêmes caractères, mais qui amène simplement une certaine difficulté intermittente, par à-coups de la miction, laissant somme toute s'échapper pas mal d'urine, mais par un acte interrompu et irrégulier, finissant par créer une certaine stase incomplète en amont. Ce n'est qu'à la longue que la vessie elle-même finit par se fatiguer derrière cet obstacle capricieux, et se laisse vraiment frapper par la rétention et même la distension.

Par ce qui vient d'être dit, s'expliquent aussi tout naturellement les troubles mictionnels variés que nous avons rapidement passés en revue : lenteur et intermittence de l'acte mictionnel, "miction en plusieurs temps" de Fournier, efforts vains du malade tant que le muscle est contracturé, puis miction facile et même involontaire quand la détente musculaire a eu lieu ; cela c'est bien de l'inco-ordination motrice. L'ataxique jette sa jambe trop loin, par un mouvement musculaire trop énergique, comme il contracte beaucoup trop son sphincter urétral ; puis il laisse retomber sa jambe par une détente dont il n'est plus maître non plus, comme il laisse inerte son sphincter, devenu incapable de s'opposer à l'issue de l'urine.

S'il s'agissait simplement d'une inco-ordination du muscle vésical lui-même ou des muscles pariétaux, on pourrait bien expliquer certaines bizarries, certains à-coups de l'acte mictionnel, mais on ne pourrait comprendre que malgré le besoin intense d'uriner et les contractions énergiques du corps vésical et de la paroi abdominale, l'urine ne sorte pas ; pour qu'elle ne sorte pas, il faut admettre la participation du sphincter urétral lui-même.

Des considérations pathogéniques sus-énoncées déroulent des indications thérapeutiques chirurgicales réelles. Les troubles urinaires chez les ataxiques sont toujours justiciables de l'action directe, très souvent de l'action chirurgicale vraie. Les malades forcent du reste souvent la main de leur médecin dans ce sens ; ce qui les ennuie et préoccupe le plus dans leur maladie, ce sont les troubles urinaires.

Prenons les troubles de rétention et d'incontinence par regorgement. Pour ceux-là, aucun doute n'est possible. Il faut traiter ces malades comme des prostatiques, par le cathétérisme évacuateur qui combat les accidents de stagnation urinaire ; par le cathétérisme suivi d'injections détersives ou modificatrices, si l'infection vésicale coïncide avec la rétention. On a accusé le cathétérisme de produire chez de tels malades l'infection urinaire précisément et la cystite chronique qui l'accom-

pagne. N'avait-on pas fait le même reproche au cathétérisme dans la rétention d'origine prostatique ? Et ne sait-on pas maintenant au contraire que le meilleur moyen d'éviter l'infection, c'est d'assurer l'évacuation et de faire cesser ainsi cet état congestif des voies urinaires qui favorise si puissamment leur inflammation, comme l'a bien démontré notre maître Guyon ? Ne sait-on pas d'ailleurs que l'asepsie doit être faite ici avec toute la rigueur possible, et que grâce à elle on peut éviter les accidents infectieux rapides et graves qui suivaient autrefois de très près les premiers sondages ? Sans doute, même avec les précautions aseptiques les mieux entendues, on peut voir les urines, claires jusque-là, devenir louches et même purulentes, quand on a mis la sonde dans la vessie à l'état de rétention avec distention (et c'est là, soit dit en passant un phénomène très curieux et mal expliqué encore chez ces malades distendus ; (mais on sait aussi que ces troubles de l'urine ne sont pas très méchants, qu'ils ne s'accompagnent guère de symptômes d'infection générale, qu'ils sont très bien supportés par le malade, et qu'ils finissent même par s'atténuer ou disparaître, quand on continue d'assurer l'évacuation régulière de la vessie, et qu'on y ajoute au besoin des lavages faiblement antiseptiques ou modificateurs.

Avec l'évacuation régulière de la vessie et qui comporte comme pour les prostatiques, un nombre quotidien de sondages, très variable suivant les cas particuliers, suivant les moments pour le même sujets, qu'on peut même interrompre pendant un certain temps quand la vessie a repris sa fonction de façon satisfaisante, on fait cesser l'incontinence par regorgement, infirmité si pénible pour beaucoup de ces malades, encore jeunes et actifs d'ailleurs, et qui sont obligés parfois de quitter un emploi, de s'isoler, pour lesquels par conséquent c'est un vrai malheur.

Nous avons dit ce que nous pensions de l'incontinence non liée à la rétention chez de tels malades. C'est de la fausse incontinence, liée à de la pollakiurie impérieuse et irrésistible, dans laquelle le malade n'a pas le temps de prendre ses précautions, et qui provient soit d'une poussée de cystite aiguë, soit de phénomènes d'hyperesthésie du col vésical. Pour la première, le traitement de la cystite sera mis en œuvre ; pour la seconde, on s'adressera aux traitements que nous décrirons plus bas à propos des crises douloureuses de l'affection. Mais nous tenons à répéter qu'il faut bien se méfier ici, et qu'avant de prononcer le nom d'incontinence indépendante de rétention, il faut commencer par sonder son malade. On sera tout surpris de

constater dans l'immense majorité des cas que telle vessie qu'on croyait vide à la suite de prétendues évacuations involontaires ou très rapprochées les unes des autres, est en réalité une vessie à demi-pleine et qui ne se vide que très imparfaitement. En l'aidant par le cathétérisme, l'incontinence disparaîtra ; c'était donc de la rétention méconnue.

Le cathétérisme, non plus évacuateur, quand il n'y aura pas d'incontinence, que la vessie se videra suffisamment, et que les troubles urinaires ne pourront plus être mis sur le compte de la rétention, et qu'il s'agira des troubles mictionnels plus ou moins bizarres que nous avons énumérés, sera encore souvent utile comme modificateur direct du désordre sensitivo-moteur de l'urètre profond et du col de la vessie. Il nous est arrivé souvent de voir des troubles mictionnels, même des crises vésico-urétrales douloureuses, être supprimées pour un certain temps, ou notablement améliorées par le passage du cathéter, et en particulier d'un gros cathéter métallique. Il semble que l'instrument exerce là une sorte de massage bienfaisant sur la muqueuse uréthro-cervicale hyperesthésiée, de dilatation sédative sur l'appareil sphinctérien contracturé. La pollakiurie cesse, la dysurie s'amende et la miction devient plus régulière. On peut du reste aider à ce résultat par l'adjonction de certaines pommades calmantes ou légèrement astringentes dont on enduit la surface de la sonde (pommades cocaïnées, belladonnées, ichthyolées, gaulacolées, etc.). On peut encore retirer bénéfice, dans les cas plus rebelles et réfractaires aux moyens précédents, de la dilatation large de l'urètre profond avec une sonde hautement dilatatrice, celle de Kaulmann par exemple. Nous avons ainsi obtenu parfois de bons résultats.

Le cathétérisme n'est du reste pas toujours constamment facile chez l'ataxique, précisément à cause de l'incoordination du sphincter et du spasme urétral. C'est chez lui qu'on observe souvent le rétrécissement dit spasmodique. On voit de ces malades, chez lesquels la véritable cause nerveuse des accidents urinaires ayant été méconnue, le diagnostic s'est tout à fait égaré, et qu'on a traité pour des rétrécissements vrais avec rétention derrière le rétrécissement, cystite consécutive, etc. Je me souviens d'un malade très net de ce genre.

Comme on le voit pour un rétrécissement semblable, la sonde est arrêtée dans la portion périnéale de l'urètre et le spasme ne cède que très difficilement parfois. Comme pour tout rétrécissement spasmodique également, ce sont les grosses sondes

seules qui ont chance de vaincre le spasme ; plus on agace le canal avec des petites bougies, plus la contracture est tenace. Nous avons vu que ce spasme n'est du reste pas continu ; de temps en temps il cesse et le cathétérisme est très commode ; quand il existe, il peut y avoir certaines difficultés à sonder le malade, et cela est assez utile à connaître en pratique, car on ne peut guère confier en sécurité le cathétérisme régulier de ces malades à un infirmier par exemple, à un membre de sa famille, etc. ; le médecin sera souvent astreint à le sonder lui-même.

Pour supprimer les ennuis du cathétérisme indéfiniment prolongé dans ces cas de rétention vraiment incurable, pourrait-on songer à la cystostomie suspubienne ? Evidemment elle aurait l'avantage de supprimer un assujettissement des plus fastidieux chez un malade qui n'est pas encore un vieillard et qui en a pour de longues années encore à le subir, mais, d'autre part, réfléchissons à ce qu'on cherche par le cathétérisme en somme. On cherche bien à évacuer la vessie pour éviter sa distension progressive, pour éviter la dilatation ascendante, pour désinfecter sa cavité, etc., et ces différents buts, la cystostomie les atteindra comme lui ; mais on cherche aussi, et même surtout, en se plaçant au point de vue des désirs du malade, et de la suppression de ce qui le chagrine le plus, à faire cesser l'incontinence diurne et nocturne qui fait le tourment d'un homme jeune encore. Or, faire la cystostomie, ce sera remplacer une incontinence par les voies naturelles, très acceptable, très supportable, par une fistule urinaire dont l'existence comporte beaucoup plus d'inconvénients (entretien et nettoyages du méat hypogastrique, soins de la peau avoisinante pour éviter l'érythème, les excoirations, appareil beaucoup plus compliqué que l'urinal pénien, etc.). Le malade ne serait pas satisfait de l'échange ; et nous en avons vu, de cette catégorie et jeunes encore, qui, une fois fistulisés au pubis, n'avaient qu'une préoccupation et qu'une demande incessamment renouvelée au chirurgien lès ayant opérés, celles de faire boucher leur fistule.

On a essayé d'agir sur les troubles mictionnels ou douloureux de l'ataxique par des instillations déposées sur le col vésical et dans l'urètre profond.

Ces instillations seront faites, à intervalles plus ou moins rapprochés, avec des solutions calmantes (solutions cacainées par exemple) ou légèrement caustiques ou astringentes pour modifier la sensibilité de l'urètre profond (nitrate d'argent

faible, protargol, sulfate de zinc, etc.). Nous n'avons jamais retiré grand bénéfice de cette thérapeutique.

L'électricité a été aussi parfois employée sous forme de courants faradiques ou continus, soit simplement à l'extérieur avec application hypogastrique ou périnéale, soit avec un pôle introduit dans l'urètre profond ou dans la vessie. Elle ne semble pas avoir donné de bons résultats.

Malgré ces petits traitements locaux, malgré les autres moyens médicaux (suppositoires calmants, lavements chauds, révulsifs divers sur le périnée ou l'hypogastre, etc.) la situation de certains de ces malades ne s'améliore guère ; et ce sont surtout ceux qui souffrent de violentes crises vésico-urétéales qui réclament un traitement plus actif, et que seule l'action chirurgicale peut soulager.

La taille hypogastrique ne fait rien ou presque rien contre ces formes douloureuses qui ne sont pas des cystites à proprement parler et qui n'ont rien à faire avec des lésions vésicales vraies, simplement inflammatoires ou ulcéreuses comme dans les véritables cystites douloureuses, mais qui sont sous la dépendance ou de désordres nerveux dans le fonctionnement des muscles périnéaux, de contractures douloureuses de ces muscles, ou de névrites des nerfs vésicaux sensibles à la douleur, c'est-à-dire des nerfs du col (orifice uréthro-vésical et urètre profond).

Pour les soulager, il faut intervenir sur le périnée profond et sur le col vésical. La dilatation ou l'incision de ce col réussissent généralement très bien, et souvent de façon durable. Une fois le périnée ouvert comme pour une boutonnière urétrale périnéale, on introduit, dans l'urètre profond, si on veut simplement dilater, la série des bougies d'Hégar par exemple, ou le dilateur de Dolbeau, ou le doigt ; si on veut inciser, on pousse dans la vessie un lithotome double qu'on retire pour faire la section sphinctérienne au retour, avec ses lames suffisamment écartées pour trancher l'épaisseur du sphincter.

Nous étudierons en détail, dans un autre chapitre, cette question des sphinctérotomies, et les résultats qu'elles donnent.

La dilatation forcée de l'anus a été conseillée et pratiquée dans certaines formes douloureuses de l'affection qui s'accompagnent de spasme, de crampes du périnée tout entier, avec ténésme aussi bien anal que vésical. Evidemment, cette opération qui agit si bien sur le sphincter anal peut avoir de

bons effets à distance sur le sphincter vésical ; c'est du nerf honteux interne, c'est des filets sympathiques du plexus hypogastrique, que partent les branches qui vont aux deux sphincters, liés étroitement dans leurs réactions cliniques, et l'action thérapeutique de l'élongation ou de la déchirure nerveuse qu'entraîne la dilatation forcée du sphincter anal, doit aussi réentendre heureusement sur le sphincter vésical. De fait, cette intervention a donné parfois de bons résultats.

No 4 — Joliette, Berthier, Montcalm, L'Assomption — Dr A. M. Rivard, Joliette.

No 5 — Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagne, Laval — Dr Téléphore Beaudoin, St Vincent de Paul, comté de Laval.

No 6 — Ottawa et Pontiac — Dr T. B. Davies, Hull, Qué.

No 7 — Beauharnois, Chateauguay, Huntingdon, Soulanges, Vaudreuil — Dr L. W. Laroche, Valleyfield, comté de Beauharnois.

No 8 — Shefford, Brome, Missisquoi — Dr J. J. Surprenant, N.-D. de Stanbridge.

No 9 — Chambly, Iberville, Laprairie, Naperville et St Jean — Dr P. H. Lesage, Longueuil, comté de Chambly.

No 10 — St Hyacinthe, Bagot, Rouville — Dr

No 11 — Richelieu, Yamaska, Verchères — Dr G. T. Turcot, St Hyacinthe.
E. H. Provost, Sorel.

No 12 — Hochelaga Est, comprenant Pointe aux Trembles, Longue-Pointe, Rivière des Prairies, Sault au Récollet, Maisonneuve, DeLorimier, Petite Côte, St Léonard de Port Maurice, Ville Saint-Louis et quartiers Hochelaga, St Denis et St Jean-Baptiste, pour la ville de Montréal — Dr P. Barrette, 397 rue Drolet, Montréal.

No 13 — Comté d'Hochelaga Ouest, comprenant comté de Jacques-Cartier et les parties suivantes du comté d'Hochelaga: Verdun, Ville Saint Paul, Côte Saint-Paul, St Henri, Ste Cunégonde, Westmount, Outremont, Notre-Dame des Neiges, et le quartier St Gabriel dans la ville de Montréal — Dr L. J. Ouimet, 106 rue Vinet, Montréal.

DISTRICT DE TROIS-RIVIERES

No 1 — Drummond, Arthabaska, Mégantic — Dr O. R. Desjardins, Ste Anastasie, Mégantic.

No 2 — Ville de Trois-Rivières et comté Champlain — Dr L. Belle-Isle, Cap de la Madeleine, comté de Champlain.

No 3 — St Maurice, Maskinongé, Nicolet — Dr A. A. Duhamel, Ste Ursule, comté de Maskinongé.

DISTRICT DE SAINT-FRANÇOIS

No 1 — Comté de Sherbrooke — Dr J. O. LeDoux, Sherbrooke.

No 2 — Compton et Stanstead — Dr S. A. Banil, Est Angus, comté de Compton.

No 3 — Richmond et Wolfe — Dr E. Chicoine, D'Israéli, comté de Wolfe.

A. R. MARSOLAIS, M.D.,

Registraire,

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

Les élections générales pour le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec auront lieu le mercredi 4 septembre 1907.

Les officiers rapporteurs pour les 28 divisions électorales de la province de Québec, sont :

DISTRICT DE QUEBEC

No 1 — Québec Centre — Dr J. DeVarenes, 409 rue St Jean, Québec.

No 2 — Québec Ouest, Québec Est, St Sauveur — Dr T. Poitras, 806 rue St Valier, Québec.

No 3 — Lévis et Lotbinière — Dr J. P. Sirois, Lauzon, comté de Lévis.

No 4 — Montmorency, Québec, Portneuf — Dr J. A. H. Lord, Deschambault, comté de Portneuf.

No 5 — Charlevoix, Chicoutimi, Lac St Jean — Dr L. E. Beauchamp, Chicoutimi.

No 6 — Beauce et Dorchester — Dr J. A. N. Chabot, Ste Claire, comté de Dorchester.

No 7 — Bellechasse, Montmagny, L'Islet — Dr J. B. Blouin, Montmagny.

No 8 — Kamouraska et Témiscouata — Dr P. G. Giroux, Isle Verte, comté de Témiscouata.

No 9 — Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure et Iles de la Madeleine — Dr J. A. D. Ross, jr., St Flavie, comté de Rimouski.

DISTRICT DE MONTREAL

No 1 — Quartiers St Jacques et Ste Marie — Dr J. P. Roux, 1256 rue Ste Catherine Est.

No 2 — Quartiers St Laurent et St Louis — Dr A. Laramée, 114 avenue Laval.

Montréal, 3 août 1907 159 rue St Denis.

No 3 — Quartiers St Antoine et Ste Anne — Dr G. D. Robins, 942 rue Ste Catherine Ouest.

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Feuilletant "La Presse Médicale" de l'année dernière, je tombe sur un article de Pierre Maurel, sur le professeur Pinard, dont je détache les passages suivants :

"Au-dessus de la porte est un autre tableau sur lequel) s'étaient en gros caractères maximes et aphorismes sur l'obstétrique et la puériculture avec considérations sociologiques, reflets de l'enseignement du Professeur. C'est ainsi qu'on peut lire : "Le devoir de la société et de l'accoucheur est de faire naître les enfants à terme... L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu... Le lait de la mère appartient à son enfant... etc."

Le chef de clinique fait l'appel des stagiaires. Le Maître note les absences, et avertit qu'il tient un compte sévère des inexactitudes. Puis il passe en revue les accouchements des dernières vingt-quatre heures, appelle les stagiaires qui en étaient chargés et leur dit de lire leurs observations. Il suit l'exposé de l'élève, le reprend, redresse les erreurs, lui pose des questions, le presse, le pousse, parfois vivement, mais revient bien vite à un ton

Souvent, dans son interrogatoire, il insiste sur de bienveillance amicale qui rassure. certains points et s'efforce de faire ressortir les faits qui lui ont servi à édifier ses théories préférées qu'il sait imposer avec autorité.

De temps à autre il s'abîme ; c'est pour décocher, en passant, un trait à ceux qui ne partagent pas ses idées favorites et les combattent.

Toujours il apporte dans son enseignement une conscience et une ardeur qui font le grand succès de ce Maître qui prend sa fonction au sérieux.

Après cette interrogatoire qui dure une demi-heure environ, le Chef se retire. Aussitôt, changement de décor. On remplace par un tapis vert l'aléze qui recouvrait la table. On enlève le fauteuil. On suspend des planches au mur. On descend le tableau noir, et le Maître revient pour la leçon didactique qui commence à 11 heures, ce qui permet aux élèves des autres hôpitaux de venir y assister, leurs services terminés.

Le Professeur commence d'une voix aux notes tantôt profondes, tantôt comme sifflantes, parle lentement, prend des temps, détache les mots, hache la phrase qui est soignée sans recherche excessive. Cependant il sait — quand il le faut — user du terme choisi, un peu à effet, de la phrase à allure pompeuse, même de la citation latine, quand il veut graver un fait dans la mémoire.

Il est debout, immobile, sans grands gestes, ou bien se promène, ou encore s'arrête, frappe la table, et d'une voix éclatante, vibrante, d'un ton impérieux, d'un geste large, rapide, accentué, il énonce une de ses théories qu'il ne peut voir contester sans répondre par quelques vives ripostes à l'adresse de ses contradicteurs. Il tient à attirer

l'attention et entraîner la conviction des élèves sur certains points de prédilection qu'il défend sans se laisser influencer par la critique adverse.

P. L.
ASSOCIATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
AMERICAINE
(American public health Association)

La prochaine réunion de cette association aura lieu à Atlantic City, N. J., du 30 septembre au 4 octobre 1907.

Cette association est internationale. Son origine date déjà de 35 ans et a toujours été à la tête du mouvement ayant pour but l'amélioration de la santé publique. Le secrétaire espère que les différents bureaux de santé des Etats-Unis, Canada, Mexique et Cuba se feront un devoir d'envoyer un délégué à ce congrès.

Les sujets suivants seront à l'ordre du jour de la réunion :

II — Diphtérie.

I — Lait.

III — Immigration dans ses relations avec la santé publique.

IV — Les principales sources de danger qu'un Bureau d'hygiène a à combattre.

V — Le meilleur moyen de contrôler les maladies contagieuses du second degré.

VI — La construction et l'entretien des rues au point de vue de la santé.

VII — Amendements à la constitution.

— o —
NECROLOGIE

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre confrère le Dr Joseph Leduc, pharmacien, mort subitement à Dorionville où il passait l'été. Après avoir exercé la médecine pendant quelques années il s'était complètement consacré à la pharmacie. Nous prions son fils, le Dr Leduc, de l'hôpital St Paul, d'accepter l'expression de notre profonde et bien vive sympathie.

Pour la seconde fois cette année, la famille de notre collègue et ami le Dr D. Hingston, vient d'être cruellement éprouvée. On sait dans quelles circonstances tragiques sa sœur Mlle Hingston, vient de trouver la mort. Au nom de ses confrères lecteurs de ce journal, nous adressons à notre ami le Dr D. Hingston l'expression de notre profonde sympathie et nous le prions de transmettre à sa mère Lady Hingston, avec nos sentiments de profonde et respectueuse condoléance l'espoir qu'elle saura trouver la force de résister à cette nouvelle et si cruelle épreuve.

N. D. L. R.