

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX

VAGISSEMENT INTRA-UTÉRIN

Par M. J. B. A. LAMARCHE, M. D., Prof. d'Obstétrique à l'Université
Laval à Montréal.

Le vagissement intra-utérin est, comme son nom l'indique, un phénomène caractérisé par le vagissement de l'enfant encore contenu dans l'utérus. Si rare, que son existence a été contestée par Velpeau et autres, il a été constaté de la façon la plus précise, dit Charpentier, par Huguier, Depaul, Hubert de Louvain, Baudelocque, Heyfelder et Winckel.

Les deux fonctions du fœtus qui sont le plus souvent et le plus fortement influencées par le travail sont la respiration et la circulation. Ces deux fonctions sont si intimement liées l'une à l'autre que le trouble de l'une entraîne nécessairement un désordre dans l'autre.

Pendant la contraction utérine, la circulation fœtale est plus ou moins profondément troublée; accélérée au début, elle se ralentit et peut même cesser complètement si la contraction est forte et prolongée; la contraction terminée, les battements du cœur fœtal reprennent leur force et leur rythme normaux.

Pendant ces tranchées violentes, le fœtus souffre et, si l'utérus vient à se contracter tétaniquement, l'enfant meurt asphyxié; voilà la principale raison pourquoi on n'emploie pas l'ergot pendant le travail.

Quand la circulation placentaire est gênée par compression, contraction, décollement etc., le fœtus fait des efforts respiratoires et, les eaux étant rompues, peut inspirer assez d'air pour prolonger ou sauver son existence; ou bien il aspirera dans ses bronches du liquide amniotique ou du méconium et mourra ou naîtra en état d'asphyxie, en état syncopal ou simplement étouffé suivant la gravité du trouble circulatoire. Il peut même dans certains cas exceptionnels, respirer assez librement in utero pour suppléer à la circulation placentaire et pousser des vagissements facilement entendus par l'entourage de la parturiente. Ce phénomène peut se produire quand les eaux étant rompues et la dilatation du col étant assez avancée, la bouche du fœtus,—comme dans la présentation de la face spécialement—se trouve en rapport avec l'extrémité postérieure du vagin. Mais il peut aussi se produire dans d'autres présentations. Le 4 mai 1895, à 11½ hrs P. M., je suis appelé auprès de Mde P. S., XII pare, toujours à terme. pas de fausse couches, âge 45 ans, poids 225 livres. C'est la dixième fois que j'assiste la parturiente, toujours sous le chloroforme à la reine, ou à la période

chirurgicale, pour quatre applications de forceps ; relevailles ordinairement très promptes et tout à fait normales.

A mon arrivée, à 11½ P. M., je constate une dilatation de deux pouces de diamètre avec présentation du sommet, en O. I. D. P. ; vers 12½ A. M., vint la rupture spontanée de la poche des eaux. J'avais pour seuls assistants le mari et une amie de la parturiente. Les tranchées très douloureuses étaient peu efficaces et le travail avançait lentement, la rotation ne se faisant pas ; le fœtus descendait la face en avant. Vers 1½ hrs A. M., je fus surpris en pratiquant le toucher d'entendre très distinctement le vagissement intra-utérin et au même instant la dame assise au pied du lit me dit : " Mais quel est donc l'enfant qui pleure ici ? " C'était assurément le fœtus car il n'y avait aucun enfant dans la maison.

L'accouchement se termina vers 3 hrs par une application de forceps fort laborieuse. L'enfant, un garçon, pesait, nu, 14 livres et 12 onces, (7½ kilos) et était en parfaite santé. Les suites de couches furent lentes mais sans accidents. L'enfant à 7 mois avait ses huit incisives et rayonnait de santé. Si je rapporte ce cas, c'est en raison de sa grande rareté et de la garantie d'authenticité qu'il présente, car le vagissement entendu simultanément et très distinctement par la dame placée à quelques pieds en arrière de moi et par moi-même causa à cette dernière une surprise d'autant plus grande qu'elle n'avait pas la moindre idée qu'un semblable phénomène put se produire.

DE L'HEMORRHAGIE DANS LES CAS DE PLACENTA PROEVIÀ, LORSQUE LE FOETUS EST MORT ET MACÉRÉ.

PAR M. LE DR J. A. OUINET, DE VALLEYFIELD. (1)

L'hémorrhagie est la complication la plus fréquente et la plus grave qui accompagne l'insertion vicieuse du placenta. Elle coûte souvent la vie à l'enfant, et quelquefois à la mère.

L'enfant mort, l'hémorrhagie s'arrête-t-elle ? La mère est-elle à l'abri du danger ?

La question est importante : elle a été agitée et résolue autrefois dans l'affirmative.

On pensait avec Moreau que, le fœtus mort, il se produisait dans l'utérus une cessation de circulation utéro-placentaire ; un arrêt de l'hémorrhagie ; et l'on en fournissait des exemples. Ces exemples étaient vrais, mais n'étaient pas justement interprétés. Le fœtus était mort, l'hémorrhagie s'arrêtait, ces deux faits n'étaient pas contestables. Mais, étaient-ils la conséquence l'un de l'autre ?

(1) Thèse présentée au concours d'obstétrique de l'Université Laval à Montréal pour le titre de professeur adjoint.

On ne le croit plus aujourd'hui. On ne le croit plus, parce qu'on connaît mieux l'anatomie et la physiologie du placenta. On sait l'indépendance des circulations maternelles et fœtales, l'arrêt de la seconde n'entraînant pas l'arrêt de la première.

Puis les cas ne sont pas rares où l'on voit dans les insertions vicieuses du placenta, l'hémorrhagie se produire après la mort du fœtus.

Aussi, à l'heure actuelle, le procès de cette ancienne théorie n'est plus à faire. Les faits eux-mêmes sont venus la détruire. Mais ces faits sont épars. Il m'a paru intéressant d'en rassembler quelques-uns et de les opposer aux observations sur lesquelles reposait la théorie de Moreau qui dit : " Le fœtus mort, l'hémorrhagie cesse dans les cas de placenta prævia." Je tâcherai donc de faire :

I. Une étude rapide des diverses théories, expliquant le mécanisme de l'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, et surtout la théorie de l'hémorrhagie inévitable.

II. L'exposé de la théorie de Moreau.

III. L'énumération des causes qui peuvent arrêter l'hémorrhagie, ou la prévenir en cas de placenta prævia, sans faire intervenir la mort du fœtus.

IV. Les modifications observées dans la circulation utéro-placentaire à la mort du fœtus.

V. Des faits cliniques démontrant que l'hémorrhagie peut se produire dans les cas de placenta malgré la mort du fœtus.

DE L'HÉMORRHAGIE INÉVITABLE.

Lorsque l'hémorrhagie observée dans les cas de placenta prævia ne fut plus considérée comme inévitable, de nouvelles théories s'élevèrent pour expliquer son absence ou son arrêt. Parmi les causes invoquées, la mort du fœtus tient une grande place dans l'opinion des auteurs. Il nous faut donc étudier le mécanisme par lequel se produit l'hémorrhagie. Avant d'étudier les causes qui veulent expliquer l'arrêt de l'hémorrhagie, il est peut-être bon d'étudier les causes invoquées pour sa production. Du reste ces deux points de la question sont intimement unis et se rattachent tous deux à l'étude de l'anatomie et de la physiologie placentaire.

Pendant longtemps, il y a peu d'années encore, le placenta était considéré comme le lieu de réunion, d'aboutissement, des vaisseaux maternels et fœtaux.

Une solution de continuité quelconque du système vasculaire devait entraîner une hémorrhagie, une saignée commune à la mère et au fœtus. Aujourd'hui cette opinion n'est plus admise par personne. Ruysch avait déjà remarqué qu'une injection ne passe pas des vaisseaux de la mère dans ceux du fœtus. Visberg avait noté l'absence d'hémorrhagie à la surface du placenta, lorsque l'enfant est expulsé avec l'œuf utérin, lorsque Bonamy fit ses injections et constata qu'elles ne passaient pas des vaisseaux de la mère dans ceux du fœtus. Les expériences faites par l'inoculation des microbes vinrent encore démontrer l'indépendance des deux circulations. Toutefois, faisons remarquer que cette dernière preuve n'est pas absolue, puisque la transmission intra-placentaire des

affections microbiennes est aujourd'hui admise sous des conditions spéciales, et non encore complètement élucidées. Mais un fait absolument établi, c'est l'indépendance des deux systèmes vasculaires, et par suite des deux circulations maternelles et fœtales, qui affectent des rapports de contiguïté et non pas des rapports de continuité. Or, le siège de ces rapports de contiguïté se trouve dans le placenta. Si, sous l'influence d'un décollement du placenta, les vaisseaux fœtaux sont déchirés, ils peuvent saigner, mais l'hémorrhagie est surtout fournie par la mère, et, si le fœtus succombe, c'est plutôt par asphyxie que par hémorrhagie et anémie.

Voici ce que dit de Folle à ce sujet : " Ces décollements partiels et répétés d'une portion plus ou moins grande du placenta, ont pour résultat de diminuer graduellement pour l'enfant la nutrition qui se fait par l'intermédiaire de cet organe. De plus, si vous aviez présent à l'esprit l'anatomie du placenta, vous repousseriez avec raison l'opinion qui tend à admettre que le fœtus meurt habituellement par hémorrhagie, car cela ne peut avoir lieu que quand il y a des déchirures et par suite des lésions des vaisseaux ombilicaux ou de leurs ramifications. Mais en réalité la masse placentaire reste intacte le plus souvent, alors surtout qu'aucune manœuvre n'a été tentée, et l'on peut s'assurer après son expulsion qu'aucune partie n'a été lésée.

" Car, en poussant une injection aussi pénétrante que possible par les vaisseaux ombilicaux, il ne s'échappe à l'extérieur aucune trace du liquide injecté, ce qui prouve que le sang fœtal n'aurait pu lui-même s'épancher.

" La vérité est que le fœtus meurt par asphyxie, quand la majeure partie du délivre est décollée lors de la première hémorrhagie, graduellement, quand peu à peu, sous l'influence des décollements successifs, il ne reste plus à l'enfant qu'une portion insuffisante du placenta qui fonctionne, et qui ne peut plus permettre un échange suffisant entre la mère et lui pour entretenir la vie."

Portal, le premier, remarqua l'insertion vicieuse du placenta sur les parties inférieures de la matrice. Levret nota que cette insertion s'accompagnait fatalement d'hémorrhagie ; il déclara que dans ces cas l'hémorrhagie était inévitable. Le col de la matrice s'ouvrant, le placenta inséré à son niveau, celui-ci devait être déchiré et devait nécessairement saigner.

Depuis Levret, d'autres theories ont pris naissance sur le mécanisme de l'hémorrhagie.

On a dit que le placenta se trouvant inséré sur les parties inférieures de la matrice, il ne pouvait suivre le segment inférieur dans le développement que celui-ci subit dans les premiers mois de la grossesse, chez les primipares en particulier. Le placenta alors tirailé se décolle et l'hémorrhagie se produit.

Barnes émit une théorie pour ainsi dire inverse. En effet, selon cet auteur, c'est le placenta qui subit une augmentation de volume, augmentation dans laquelle le segment inférieur ne suit pas le placenta. Alors celui-ci se déchire, d'où hémorrhagie.

Quel que soit le mécanisme du décollement, c'est à lui qu'est due l'hémorrhagie.

Mais, d'où vient le sang ? Sort-il des vaisseaux utérins ou placentaires ? Ceci se rattache directement à notre sujet.

Il n'est pas douteux qu'à l'époque où l'on croyait à la continuité des systèmes vasculaires maternel et fœtal, on ne dût penser à la part prise par le fœtus à l'hémorragie qui causait généralement sa mort, croyait-on. Mais on n'a jamais songé à mettre sur le compte du fœtus ces hémorragies abondantes pouvant atteindre en quantité plusieurs litres. Il fallait évidemment qu'une telle quantité fût fournie par la mère, par les vaisseaux utérins.

Et à ce sujet il existe deux théories : les vaisseaux de la matrice peuvent saigner, soit au ras de la surface interne de la matrice, soit dans leur trajet intra-placentaire. Cette dernière, reprise par Simpson et soutenue, avant lui, par Rawlins, Hamilton, Radford, à savoir que dans la plupart des exemples l'hémorragie vient de la surface placentaire. Robert Leo répond à cette théorie en disant : " Comment donc se produit cette hémorragie furieuse, lorsque le placenta est dans le vase sous le lit ? " Guillemeau dit : " Le moyen le plus sûr et le plus convenable de secourir une femme lorsque le placenta se présente à l'orifice, est de la délivrer soudainement. C'est là ce qu'il y a de plus nécessaire, parce qu'il se produit ordinairement un flux de sang régulier dû à ce que les orifices des veines, situés dans les parois de l'utérus, sont béants : et l'utérus, se contractant pour expulser l'enfant, fait jaillir le sang contenu dans ces vaisseaux, où il est attiré par la chaleur et la douleur." Pour Simpson lui-même, bien que l'hémorragie soit placentaire, elle est maternelle ; la mère fournit le sang de l'hémorragie, et ce sang vient de l'utérus si l'on se rappelle les arguments fournis plus haut par Depaul.

Quoiqu'il en soit, Levret et Rigby avaient soutenu que l'hémorragie était inévitable. Ce fut bientôt l'opinion générale et les mots " hémorragie inévitable " furent répétés pendant un demi siècle par les plus illustres, pour n'en citer que deux : Baudelocque et Gardien. Selon l'expression de ce dernier auteur, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, " l'hémorragie est inévitable pendant le travail."

Baudelocque et Luzos ont reconnu que le meilleur traitement dans les cas d'hémorragie par placenta prævia était la rupture des membranes, et actuellement Monsieur le professeur Pinard préconise cette méthode comme étant la meilleure pour arrêter ces sortes d'hémorragies.

LA THÉORIE DE MOREAU.

Dès que le fœtus, disait Moreau, a succombé dans la matrice, il survient, dans la circulation de cet organe, des changements nécessités par la cessation de la circulation fœtale. Ordinairement, la circulation utéro-placentaire cesse d'avoir lieu. Le sang arrêté dans les vaisseaux s'y coagule ; ceux-ci se ressèrent, s'oblitérent même ; il n'arrive plus à la matrice que le sang nécessaire à sa nutrition ; le stimulus qui en appelait une plus grande quantité n'existe plus. Les choses se passent ainsi dès que le fœtus est mort, quel que soit le point d'adhérence du placenta, et c'est pour cela que la dilatation de l'orifice peut se faire sans hémorragie, quoique les vaisseaux qui unissent les bords soient déchirés.

Cazeaux, dans un traité d'accouchements, expose de nouveau la théorie de Moreau, mais ne l'accepte que d'une façon restrictive; son opinion lui paraît admissible, au moins pour quelques cas. Si nous étudions sa valeur en elle-même, nous voyons que la théorie de Moreau repose sur des hypothèses qui méritent une certaine créance, étant données les idées que l'on possédait alors, sur la circulation maternelle et fœtale.

On peut opposer à la théorie de Moreau deux ordres de faits, à savoir :
I. Les cas de placenta prævia ou l'hémorrhagie continue malgré la mort du fœtus.

II. Les cas de placenta prævia où l'hémorrhagie cesse alors que le fœtus continue à vivre.

Une des causes qui, en dehors de la mort du fœtus, peuvent expliquer l'absence ou l'arrêt de l'hémorrhagie, est la rupture des membranes. Depaul dit que "la rupture des membranes suspend dans quelques cas et diminue presque toujours l'intensité de l'attaque."

Monsieur le professeur Pinard dit : " Dans tous les cas de placenta prævia où j'ai observé la rupture prématurée des membranes, je n'ai jamais observé consécutivement la production de l'hémorrhagie. Dans tous les cas où l'hémorrhagie s'était montrée la première, j'ai toujours vu la rupture prématurée, spontanée ou artificielle, faire cesser l'hémorrhagie, excepté lorsque le fœtus se présentait par le tronc; et encore dans plusieurs cas de présentation du tronc, ai-je vu la rupture des membranes faire cesser l'hémorrhagie, ainsi que le démontrent plusieurs observations. Il est donc des circonstances fréquentes qui, en dehors de la mort du fœtus, peuvent empêcher ou arrêter l'hémorrhagie."

DE L'INFLUENCE DE LA MORT DU FŒTUS SUR LA CIRCULATION UTÉRO-PLACENTAIRE.

Depaul déclare la théorie de Moreau inadmissible pour un certain nombre de cas : " Car, dit-il, j'ai observé plusieurs exemples d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, quoique l'enfant fût manifestement mort déjà depuis longtemps." On ne peut nier la possibilité de certains phénomènes régressifs dans la circulation utérine après la mort du fœtus. On sait en effet que celle-ci s'accompagne de certains phénomènes sympathiques analogues à ceux qui suivent l'accouchement : montée laiteuse, cessation d'une albuminerie antérieure, disparition de varice (Budin), puis, du côté de l'œuf, diminution du liquide amniotique, changement de consistance et de volume de l'utérus.

Il est des exemples, comme celui de Thompson, où le fœtus momifié, une hémorrhagie se produit. Il est évident que l'hémorrhagie, dans les cas de placenta prævia, peut, d'une part, céder à d'autres causes que la mort du fœtus, et, d'autre part, se produire malgré la mort du fœtus.

OBSERVATION I, (personnelle.)

Le 29 avril 1894, C....., multipare à terme, sommet, position inconnue, terminaison spontanée, enfant macéré, insertion partielle.

TRAITEMENT.—Application du ballon Champetier de Rybes, rupture des membranes. Première hémorrhagie le 24 mars, durée deux jours. Deuxième hémorrhagie, trois semaines après, ne dure qu'une heure. Troisième hémorrhagie, le 27 avril dans la nuit, précédée de quelques douleurs utérines. D'abord sérieux, l'écoulement est assez léger dans la journée du 27 au 28. L'auscultation ne révèle aucun bruit fœtal; par le palper abdominal on arrive à sentir de petites extrémités fœtales, à droite et en haut, puis au niveau de l'épigastre. Contre cette hémorrhagie abondante je fis une injection intra-utérine très-chaude, puis application du ballon Champetier de Rybes, enlevé le 29, à 9 heures du matin, rupture des membranes, cessement d'hémorrhagie. Accouchement spontané à 3 heures du soir, le 29.

Mère bien portante le 3 mai.

Voici donc un accouchement le 29 avril d'un enfant mort et macéré. Dernières hémorrhagies le 27 et le 28 avril; le 29, l'hémorrhagie s'arrête à la rupture des membranes.

OBSERVATION 2, (*personnelle.*)

Le 2 mai 1895, M..... P..... multipare, à terme, sommet position inconnue, terminaison spontanée, enfant mort macéré, insertion partielle.

TRAITEMENT.—Rupture des membranes.

Première hémorrhagie le 5 avril; deuxième hémorrhagie, plus forte, le 12; troisième hémorrhagie, le 26, abondante; tamponnement le 27, enlèvement du tampon le 29; l'auscultation m'apprit que l'enfant était mort; quatrième hémorrhagie, le 1er mai, enlèvement du tampon, rupture des membranes, extraction du placenta engagé dans l'orifice, accouchement spontané.

L'enfant naît le 2 mai; il est mort et macéré; or, la dernière hémorrhagie a eu lieu ce même jour.

La mère guérit.

OBSERVATION 3, (*personnelle.*)

Au mois de novembre 1895 je suis appelé auprès d'une parturiente avec un orifice admettant deux doigts et une poche déjà rompue, forte hémorrhagie, présentation de l'épaule.

Placenta saillant dans le vagin. L'auscultation m'apprit que l'enfant était mort. Je pratique alors la version et attire un pied, ce qui arrête l'hémorrhagie, puis l'utérus expulse spontanément un fœtus mort et macéré, sans hémorrhagie nouvelle. La mère guérit. Dans cette observation, l'enfant était mort au moment où il y a eu hémorrhagie, puisqu'il est né macéré. Ici la rupture des membranes n'a pas arrêté l'hémorrhagie, comme cela arrive d'habitude; mais il ne faut pas oublier qu'on a affaire ici à une présentation de l'épaule, et que la rupture des membranes n'a amené l'engagement d'aucun pôle fœtal qui put faire office de tampon interne.

Dans les faits que je viens de présenter, je n'ai pas pu préciser la date de la mort du fœtus; mais de toutes ces observations que j'ai réunies, il n'est pas douteux que les hémorrhagies se soient produites après la mort du fœtus. L'état de macération du fœtus signalé dans ces cas indique que sa mort remontait à

des époques très variables qu'il nous est impossible de déterminer. Mais ces époques sont incontestablement antérieures au moment des dernières hémorrhagies, se produisant pendant le travail et la délivrance. L'observation clinique démontre combien est fréquente la mort du fœtus dans les cas de placenta prævia, et aussi combien est fréquente l'hémorrhagie. Or, si celle-là empêchait celle-ci, la fréquence de l'hémorrhagie serait en raison inverse de la fréquence de la mort du fœtus.

CONCLUSION.

Dans les cas de placenta prævia, l'hémorrhagie peut se produire, bien que le fœtus soit mort et macéré ; et le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie, qui souvent est mortelle, est la rupture des membranes.

Valleyfield, 5 Avril 1896.

LA NUTRITION ET SES MALADIES.

(Simple notes) par E. P. BENOIT, M.D.

I.—DE LA NUTRITION.

La cellule élémentaire organisée vivante est constituée par des composés organiques, des matières minérales et de l'eau.

Les composés organiques sont quaternaires (azote, carbone, hydrogène, oxygène) ou ternaires (carbone, hydrogène, oxygène).

Les sels minéraux sont : la chaux (système osseux), la soude (combustion des matières albuminoïdes), la potasse (active la nutrition, élimine l'acide urique), le chlorure de sodium (acide chlorhydrique gastrique).

Ce qui caractérise la matière organisée vivante, c'est le mouvement moléculaire.

Ce mouvement moléculaire fait pénétrer dans le protoplasma de la cellule de la matière puisée dans le milieu ambiant, modifie cette matière pour qu'elle puisse devenir partie intégrante de la particule protoplasmique et remplacer d'autre matière qui, usée, c'est-à-dire transformée, est expulsée à son tour et rejetée dans le milieu extérieur.

Ce double mouvement d'introduction de molécules nouvelles dans la particule protoplasmique et d'expulsion de ces molécules après qu'elles ont subi une transformation, c'est, comme dit Bouchard, la vie avec son double mouvement d'assimilation et de désassimilation, de création et de destruction.

Ce phénomène vital peut se subdiviser en quatre actes : translation de pénétration, acte physique ; transmutation vivifiante, acte chimique ; transmutation rétrograde, acte chimique ; translation d'expulsion, acte physique.

L'assimilation et la désassimilation s'accomplissent simultanément et parallèlement, mais non avec une intensité et une rapidité constamment égales. Il y a des variations normales de la nutrition.

Ces variations peuvent porter non seulement sur l'intensité et la rapidité de la mutation nutritive, mais sur sa qualité.

Quand l'assimilation prédomine, l'élément organisé vivant s'accroît (il en est ainsi pour chaque cellule du corps dans l'âge de la croissance physiologique).

Dans l'état pathologique, la prédominance excessive de l'assimilation constitue l'hypertrophie; quand la desassimilation l'emporte, l'atrophie en est la conséquence.

Outre les changements de volume des éléments anatomiques, les phénomènes chimiques qui s'accomplissent en eux créent une modalité particulière de la nutrition pour chaque cellule. La particule vivante peut puiser dans son milieu telle matière plutôt que telle autre.

Les mutations nutritives ont donc pour but de réparer incessamment l'usure de chaque élément anatomique.

Il y a aussi les mutations fonctionnelles (respiratoires, digestives, &c...) dont la conséquence est la création des forces dont les organes ont besoin pour fonctionner.

La chaleur est accumulée dans l'organisme par la respiration; la circulation la distribue dans tous les points du corps pour lutter contre les influences réfrigérantes; les muscles la transforment en mouvement.

Le tube digestif rend les aliments absorbables et les annexes (tel que le foie) les rendent assimilables.

Les transformations de la matière, les échanges entre les humeurs et les cellules s'opèrent avec une rapidité qui varie suivant un grand nombre de circonstances physiologiques et pathologiques.

Ces variations multiples sont précisément les causes de multiples troubles de la nutrition.

Les échanges de la matière s'accomplissent sous l'influence de forces qui les régissent, les forces de tension.

Les forces de tension existent dans les éléments anatomiques vivants. Elles assurent les mouvements de translation de la matière, les associations et les dissociations de molécules, en maintenant dans un équilibre perpétuellement instable des états chimiques et électriques contraires, en créant des résistances et des attractions.

Ces forces de tension distinguent la matière vivante de la matière morte. Elles sont produites à l'intérieur de l'organisme par des actes physiques (imbibition, évaporation, diffusion) et par des actes chimiques (oxydations, dédoublements).

L'organisme utilise aussi les forces emmagasinées dans les aliments par la puissance de la chaleur et de la lumière solaires. La chaleur et la force accumulées dans les végétaux sont élaborées, transformées par les organismes animaux, elles redeviennent alors libres et contribuent à entretenir chez eux les mutations nutritives et fonctionnelles.

Ces forces empruntées à l'extérieur par l'alimentation intéressent la thérapeutique. Le médecin peut et doit faire varier l'alimentation dans sa nature et sa quantité, pour corriger les variations dans l'intensité et l'activité des forces intérieures.

Le système nerveux paraît jouer un rôle très important dans l'emploi et la régularisation des forces développées à l'intérieur de l'organisme ou tirées par lui de l'extérieur.

La nutrition est modifiée dans les maladies de ce système

On peut modifier la nutrition dans un but thérapeutique en agissant sur le névraxe par l'intermédiaire des nerfs périphériques.

Chaque individu, suivant son âge, son sexe, ses origines héréditaires, jouit d'un taux nutritif particulier.

Le taux nutritif est capable de varier chez le même individu sans qu'il perde pour cela l'état de santé, mais dans des limites assez étroites et d'une manière passagère.

Malgré l'élasticité des variations individuelles, il y a un taux moyen inné.

Tout individu qui apporte en naissant un mode nutritif notablement différent de celui qui caractérise les individus sains de son âge, de son sexe et de sa race, ou un taux inférieur à la moyenne, est de ce fait prédisposé par son innéité à certaines maladies de la nutrition; cette innéité est le plus souvent la reproduction par hérédité d'une modalité nutritive analogue qui existait chez l'un ou l'autre des procréateurs, ou les deux (Legendre).

Les conditions défavorables dans lesquelles ont pu s'accomplir la procréation et la gestation sont capables de créer un taux nutritif anormal dès la vie utérine.

C'est de là que découlent probablement les tempéraments et les diathèses.

La constitution, c'est tout ce qui concerne les variations individuelles dans la charpente et dans l'architecture du corps, dans la proportion des organes, des appareils, de l'organisme entier, dans l'adaptation physique de chaque partie à sa fonction, dans la répartition de la matière, soit dans la totalité de l'organisme, soit dans chaque élément. La constitution a trait à la structure du corps, elle est une caractéristique statique (Boucharde).

Le tempérament, c'est tout ce qui concerne les variations individuelles de l'activité nutritive et fonctionnelle. Et comme, pour un même organisme et pour un même élément, l'intensité de la vie et l'intensité du fonctionnement se lient à l'intensité des transformations de la matière, le tempérament, c'est tout ce qui concerne les variations individuelles dans l'intensité des métamorphoses de la matière vivante. Le tempérament a donc trait à l'activité de l'organisme; il est une caractéristique dynamique (Boucharde).

La constitution et le tempérament nous sont donnés par la naissance; tous deux se modifient par l'âge, tous deux peuvent être transformés par la maladie ou par l'hygiène.

II.—LES RALENTISSEMENTS DE LA NUTRITION (DIATHÈSES)

Quand les variations individuelles dans l'intensité des mutations nutritives, ou dans le mode suivant lequel elles s'accomplissent, sont assez accusées pour sortir des limites de l'état physiologique, quand elles aboutissent à rendre l'individu malade presque fatalement à une certaine époque de sa vie, en faisant éclore chez lui certaines maladies spéciales, ou à imprimer un cachet particulier à l'évolution des maladies accidentelles qui lui surviennent, le mot de tempérament n'est plus suffisant pour caractériser l'anomalie de la nutrition. On doit alors employer le mot diathèse.

La diathèse n'est pas un état morbide, c'est une prédisposition.

On admettait autrefois 22 diathèses, au nombre desquelles on comptait la syphilis, la goutte, la scrofule, la tuberculose, l'herpétisme, le cancer, le rhumatisme, l'impadulisme, l'alcoolisme. La plupart sont des états morbides, les uns de nature infectieuse, les autres d'ordre toxique.

C'était une erreur. Le mot diathèse, comme son étymologie l'indique, veut dire prédisposition.

Hallepeau appelle diathèses "des modifications du type physiologique ayant pour effet de diminuer la résistance de l'organisme contre certaines affections et d'imprimer à ses réactions une physionomie spéciale."

Bouchard définit la diathèse "un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologique."

La diathèse est un tempérament morbide.

L'École de Paris admet deux diathèses : l'arthritisme et la scrofule.

Lancereaux appelle l'arthritisme herpétisme. Tout le monde connaît sa fameuse comparaison : "L'herpétisme pourrait être représenté par un arbre prenant ses racines dans le système nerveux et d'où partiraient toute une série de branches plus ou moins malfaisantes. Les premières branches destinées à disparaître seraient représentées par les affections spasmodiques ou névralgiques, le prurit, la migraine, par des troubles vaso-moteurs, fluxions sanguines, épistaxis, hémorrhoides, hémoptysies, purpura, urticaire, herpès, acné, eczéma, lichen, psoriasis, troubles sécrétoires de l'estomac et des intestins.—Viendraient ensuite d'autres branches plus durables qui seraient représentées par des troubles trophiques du cuir chevelu (calvitie), des ongles et de l'eau; puis d'autres plus étendues pour les désordres du même ordre portant sur les articulations (rhumatisme chronique), les aponévroses (rétraction de l'aponévrose palmaire) et les tendons (rétraction tendineuse), sur les veines (varices) et les artères (artériosclérose). Cette dernière branche donnerait naissance à son tour à un certain nombre de rameaux : dystrophie cardiaque et asystolie, dystrophie rénale et urémie, dystrophie cérébrale (démence), hémorrhagie et ramollissement du cerveau (apoplexie et hémiplegie). Enfin deux branches des plus importantes, effets d'un désordre de la nutrition générale, viendraient quelquefois s'ajouter aux précédentes : l'uricémie, avec ou sans tophus, et la glycosurie (goutte et diabète)."

Nous dirons avec Bouchard que l'arthritisme prédispose aux maladies sui-

vantes : dyscrasie acide, oxalurie, lithiase biliaire, obésité, diabète, gravelle et goutte.

Ce qui caractérise les diathèses, c'est le ralentissement de la nutrition.

III.—LA DIATHÈSE ARTHRITIQUE

La nutrition est *retardante* lorsque :

1o La ration d'entretien est plus faible que la normale.

Après l'ingestion d'une quantité déterminée d'aliments, l'organisme met un temps plus considérable qu'à l'état normal pour revenir à son poids primitif. Avec la ration normale, le poids du corps augmente. Pendant l'abstinence, la diminution du poids du corps est moindre que normalement.

2o La quantité des excréta, soit avec la ration d'entretien, soit pendant l'abstinence, est moindre que normalement.

3o On voit apparaître dans les excréta des produits incomplètement élaborés (acide urique, l'acide oxalique, acides organiques, acide gras volatils.)

4o Un ou plusieurs principes immédiats s'accablent dans le corps, l'alimentation étant d'ailleurs normale.

5o La température du corps, pendant le repos, l'abstinence ou le sommeil, baisse plus qu'à l'état normal.

Il suffit qu'un seul des états énumérés plus haut soit établi pour prouver l'existence d'une nutrition retardante.

On rencontre un ou plusieurs de ces signes dans les maladies suivantes : dyscrasie acide, oxalurie, lithiase biliaire, obésité, diabète, gravelle goutte.

Ces maladies, qui diffèrent entre elles par le siège, la nature du processus, l'évolution, les lésions, ont pourtant une sorte de parenté. Le lien qui les unit, c'est un même trouble de la nutrition, la diathèse bradytrophique (Landouzy-Boucharcl, l'arthritisme.

A côté de ces maladies arthritiques se placent les maladies rhumatismales : rhumatisme articulaire (aigu ou chronique) et le rhumatisme abarticulaire (rhumatisme musculaire, coryza à répétition, asthme, bronchite sibilante et emphysème aigu, certains troubles gastriques, eczéma et urticaire, migraines névralgies diverses).

IV.—LA DIATHÈSE SCROFULEUSE

La scrofule a été longtemps considérée comme une maladie que l'on divisait en quatre périodes.

1ère période :

eczéma	} (achor)
impétigo,	

 blépharite chronique,
 coryza chronique,
 otorrhée,
 grosses amygdales,
 adénites aiguës.

2me période : inflammation hypertrophiques ou ulcéreuses de la peau et des muqueuses (scrofulides), adénites chroniques cervicales suppurrées (écrouelles).

3 ^{me} période :	abcès froids	{ tissu cellulaire, " ganglionnaire, " périostique,	
			périostites, hyperostoses et caries osseuses, nécroses, spina ventosa, tumeurs blanches.
4 ^{me} période :	} Phtisie bronchique, " pulmonaire, " pleurale, " abdominale, (intestins et ganglions mésentériques : carreau).		
			Lésions scrofuleuses de :
Lésions viscérales.	} la prostate, la vessie, le rein, le testicule, l'ovaire, les corps vertébraux, le cerveau.		

De toutes les maladies énumérées plus haut, il ne reste pas grand chose au compte de la scrofule. L'anatomie pathologique et la bactériologie en ont enlevé une bonne part pour les passer au parasitisme, à la syphilis et à la tuberculose.

Parasitisme :	favus,	} teignes
	herpès tonsurant,	
	acné varioliforme.	
Syphilis :	kératite intersticielle,	
	hyperostose des os longs.	

La plupart des autres manifestations appartiennent à la tuberculose. Les observateurs qui ont enlevé successivement à la scrofule toutes ces altérations ont d'abord invoqué l'histologie pathologique : ils ont montré dans les lésions scrofuleuses le follicule tuberculeux ou tubercule embryonnaire, qu'on a appelé scrofulome. La conviction n'a été complète dans l'esprit de tous les médecins que quand les arguments histologiques ont été corroborés par les inoculations positives (Lannelongue), la recherche des bacilles (Schuchart et Krause, Bouilly, Hanzler), quand Verneuil a eu montré l'auto-infection des individus atteints de lésions tuberculeuses aboutissant à la tuberculisation des poumons et des méninges (Legendre T. de Méd. p. 250, tome I)."

Testicule (Reclus et Malassez).

Utérus (Brouardel).

Appareil urinaire (Guyon, Lapret).

Et cependant la diathèse scrofuleuse demeure. Il est bon de la conserver (Bouchard).

La moindre cause produit chez l'enfant scrofuleux des maladies vulgaires. Les troubles digestifs produisent l'eczéma et l'impétigo, le froid amène le coryza et l'angine.

D'abord rien de spécial dans ces maladies. " Mais, au bout de quelque

temps, on constate que le processus inflammatoire marche moins franchement dans ses phases régressives ; dans les parties jadis enflammées, il reste de l'empâtement, de la tuméfaction, une hypertrophie ; la réaction n'est pas complète, la maladie s'achemine vers un état chronique dans lequel la moindre cause ramène l'état subaigu. Il y a donc au début chez certains enfants une disposition durable, qui rend plus facile et plus fréquent le développement des maladies fluxionnaires, hyperhémiques, catarrhales, inflammatoires de la peau, des muqueuses nasale et oculaire, pharyngée et bronchique, de l'amygdale, — maladies qui, par leur répétition et leur tendance de plus en plus marquée à la chronicité, engendrent l'habitus dit scrofuleux, l'épaississement des traits du visage, des ailes du nez et de la lèvre supérieure, etc. Cette turgescence de la face résulte de la gêne de la circulation lymphatique (Legendre Loc cit.)”

Sans connaître le pourquoi de cette prédisposition chez certains enfants, on peut affirmer qu'elle provient du vice de la nutrition “ Cette disposition morbide s'accuse d'abord par des modifications dans le volume et le développement de certains tissus mal drainés, au sein desquels s'attarde une lymphe stagnante dans des vaisseaux lymphatiques paresseux, ultérieurement par une modification de toutes les cellules et chimique de toutes les humeurs.”

Les scrofuleux payent un lourd tribut à la tuberculose ; mais ils ne sont pas nés avec le germe. Leur diathèse les prédispose à la maladie, voilà tout. La scrofule infantile n'est pas une tuberculose atténuée.

Les causes de la diathèse sont l'hérédité, l'atavisme, l'innécité. Elle peut aussi être acquise : mauvaise hygiène, maladie.

L'hérédité directe se comprend bien. Ce que l'on comprend moins, c'est que des parents tuberculeux ou arthritiques aient des enfants scrofuleux.

Lorsque ces enfants scrofuleux engendrent à leur tour des phthisiques, cela devient de l'atavisme.

L'innécité, c'est l'ensemble des conditions qui président à la procréation de l'enfant et influent sur la constitution de ses tissus comme sur leur future activité nutritive. Un père trop vieux, malade, syphilitique ; une mère malade, ayant pendant sa grossesse des hémorrhagies, des vomissements incercibles.

La mauvaise hygiène, surtout dans l'alimentation, produit la scrofule acquise. Allaitement défectueux (lait malsain, nourrice trop âgée, ayant ses règles, fournissant trop peu de lait, ou du lait trop riche). Alimentation solide prématurée, grossière (maladies gastro-intestinales).

L'alimentation défectueuse produit la scrofule ou le rachitisme : 1° en n'apportant pas à l'organisme tous les matériaux nécessaires à la bonne confection des tissus ; 2° en l'intoxiquant par les résidus putrides des fermentations digestives ; 3° en soustrayant, par suite de la dyscrasie acide, aux tissus déjà formés, comme le tissu osseux, les éléments minéraux.

L'absence d'air, de lumière, de soleil sont aussi des facteurs.

Les influences hygiéniques créent d'abord le *tempérament lymphatique* ; mais quand la viciation de la nutrition atteint un degré de plus, la *diathèse scrofuleuse* est constituée.

Il y a une étroite parenté entre l'arthritisme et la scrofule. Les fils de diabétiques ou de goutteux sont souvent scrofuleux. Ce qui différencie les deux classes, c'est qu'après les manifestations inflammatoires banales de la peau ou des muqueuses, la résolution se fait complète chez les uns (arthritiques) et incomplète chez les autres (scrofuleux). Après chaque attaque chez ces derniers, le retentissement ganglionnaire s'accroît.

D'un autre côté des scrofuleux guéris par l'hygiène peuvent évoluer vers l'arthritisme.

Le point de contact chez les uns et chez les autres est un ralentissement de l'activité des échanges nutritifs.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

L'ASEPTOLINE ; TRAITEMENT DU DR CYRUS EDSON. CONTRE LA PHTISIE.—*American Medical Review*, vol. I, No IV.

Le Dr Edson décrit dans le *Medical Record* du 8 février le liquide qu'il a adopté pour le traitement de la phtisie et qu'il appelle *aseptoline*. C'est une solution de phénylhydroxyde de pilocarpine chimiquement pure. Il ajoute la pilocarpine au phénol pour deux raisons : (a) Pour amener la leucocytose ; (b) Pour stimuler l'activité glandulaire.

La pilocarpine a aussi une action considérable comme expectorant et comme stimulant de la sécrétion. Elle augmente jusqu'à un certain point la quantité d'eau qui se sépare du sang dans les cellules pulmonaires, ce qui est mis en évidence par le fait que la quantité de vapeur d'eau rejetée par l'expiration est plus grande chez une personne qui prend de la pilocarpine.

Après une courte étude de ce médicament, le Dr Edson ajoute : " D'après ce qui précède, tous les chimistes comprendront que le liquide est un hydrophénol contenant une quantité définie de pilocarpine. La solution préparée dans mon laboratoire est incolore, réfracte fortement la lumière et possède le goût et l'odeur caractéristiques du phénol. Injectée sous la peau, elle cause une douleur aiguë, brûlante, mais courte et pas aussi sévère que celle qui suit une injection de bichlorure de mercure en solution."

" Dans la grande majorité des cas, l'injection n'est suivie d'aucune irritation locale. Quoique j'aie pratiqué au-delà de mille injections,—et quelques unes étaient très grandes, comme par exemple des injections de 350 minimes chacune—je n'ai jamais eu à leur suite un seul abcès. Deux fois seulement, dont l'une sur moi-même, à la suite d'une injection expérimentale de 250 minimes, il est survenu un nodule.

Après l'injection d'une solution convenablement préparée de phénylhydroxyde de pilocarpine, on n'a pas observé de réaction comme celle qui suit l'administration de la tuberculine. De même après l'injection de 250 minimes du liquide, chez un homme pesant 150 livres, on ne constate aucune action physiologique apparente, si ce n'est que l'urine qui est passée ensuite réagit fortement

sous les réactifs qu'on emploie pour déceler la présence du phéno; on en a trouvé des traces dans la vapeur condensée de la respiration, ainsi que dans le contenu de l'estomac retiré à l'aide du tube œsophagien moins de trois heures après l'injection."

Le Dr Edson recommande de commencer par une dose quotidienne de 50 à 70 minimes, donnée en une seule injection dans la paroi abdominale. La dose doit être augmentée chaque jour de 10 minimes, jusqu'à ce qu'on ait atteint 100 ou 120 minimes. Il pratique ces injections tous les jours, ou tous les deux jours, suivant la gravité du cas. Il donne aussi des inhalations à l'aide d'un vaporisateur. Le Dr Edson a trouvé fort efficace les vaporisations faites avec une solution à 10 p. c. d'iodoforme dans l'éther. Le but des vaporisations, dit-il, "est d'aider à nettoyer le larynx et les bronches des produits infectieux contenus dans leurs sécrétions." Lorsque cette vaporisation n'est pas tolérée par les patients, il emploie d'abord pendant quelque temps l'acide carbonique, ce qui lui permet, dans plusieurs des cas, d'employer ensuite l'iodoforme et l'éther. Il considère le traitement utile non seulement dans la phthisie, mais encore dans la malaria.

L'USAGE DU TABAC CHEZ LES MALADES.—*American Medical Review*, Vol. I, No 4.

Le Dr Jankau, dans le *Medical Record*, ne cherche pas à savoir si les personnes en bonne santé doivent fumer ou non, mais il s'occupe exclusivement de l'usage du tabac chez les malades.

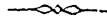
L'on doit le proscrire, dit-il, durant les longues convalescences à la suite d'une opération chirurgicale, excepté quand cette opération est pratiquée sur les yeux, l'abdomen ou la vessie. On doit le proscrire aussi dans les maladies de la gorge et du pharynx, et, avec certaines restrictions, dans le catarrhe naso-pharyngien. Lorsqu'il s'agit de maladies internes, il ne faut jamais perdre de vue l'action toxique du tabac et le défendre dans tous les cas aigus et graves. Le plus souvent, la précaution n'est pas nécessaire, et la gravité de la maladie fait perdre au malade le goût du tabac. La défense doit être absolue dans la péritonite, la typhlie et la périptyphlie. Le Dr Jankau ne croit pas que les maladies de l'estomac soient une contre-indication absolue. Comme le fait remarquer le *Bulletin Général de Thérapeutique*, cette dernière opinion prête beaucoup à la discussion. L'excès de tabac produira certainement des brûlements d'estomac et certaines formes de dyspepsie. Le Dr Jankau lui-même d'ailleurs ne croit pas à l'action bienfaisante du cigare après le repas. Les sujets affectés d'une maladie de cœur, en général, supportent mal le tabac; un fumeur d'habitude, cependant, peut en consommer par jour deux ou trois cigares légers.

L'auteur a des vues tout à fait spéciales sur l'action du tabac dans les maladies pulmonaires. S'appuyant sur le fait que la fumée du tabac entrave le développement des bacilles, il conseille de fumer aux personnes qui sont au début de la tuberculose. Il y voit les avantages suivants: le tabac désinfecte la bouche, déprime les fonctions génitales et exerce une action sédative sur le système nerveux central. Il croit de plus que l'usage du tabac détourne l'attention des patients d'eux-mêmes et leur rend la vie plus agréable. Même les hémoptisies légères ne contre indiquent pas d'une manière absolue l'usage du tabac. Il est bon de se rappeler, et l'auteur n'en fait pas la remarque, que l'usage de la pipe prévient souvent les attaques de l'asthme nerveux.

Les syphilitiques doivent faire un usage modéré du tabac. Cet usage doit être aussi soigneusement contrôlé dans les maladies nerveuses. Il faut être d'une grande circonspection dans les névroses cardiaques, et supprimer le tabac entièrement dans les névroses gastriques.

Pour ce qui est de fumer durant la convalescence, il n'y a pas de règle spéciale à appliquer. Il faut d'ailleurs tenir compte de l'âge et des habitudes. Un fumeur qui a atteint un âge avancé peut continuer l'usage du tabac, sans

APPROBATION



Date.

A L'UNION MEDICALE DU CANADA,

Tiroir 2189, B. de P., Montréal.

Je crois que le système de votation actuel pour les élections des membres du Bureau provincial de Médecine est défectueux parce qu'il permet aux intéressés de contrôler la votation.

Je suis persuadé que le vote par procuration secrète, tout en permettant à la profession de voter sans se déplacer, empêcherait toute possibilité de contrôle de la votation, ce qui est indispensable pour qu'une élection soit le résultat de la votation des électeurs.

J'approuve pleinement MM. les Drs Rottot et Fafard dans l'effort qu'ils font auprès du Bureau provincial pour obtenir une mesure qui me semble juste et raisonnable.

Votre tout dévoué,

Signature.....

inconvenient, même lorsqu'il souffre des maladies chroniques les plus diverses, même lorsqu'il relève d'une attaque d'apoplexie. Tandis qu'avant la vingt-cinquième année, le médecin ne doit conseiller l'usage du tabac qu'avec prudence.

LA CRÉOSOTE DANS LA PHITISIE, discussion à la Société médicale des Hôpitaux.—*Universal Medical Journal*, Vol. X, No 4.

Le Dr Burlureaux se fait l'avocat de l'emploi de la créosote à fortes doses dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, et insiste sur les deux faits suivants ; 1o les symptômes dépressifs qu'elle peut produire, quoiqu'ayant une apparence sérieuse, ne sont jamais mortels, et disparaissent en six ou huit jours sans laisser de traces ; 2o ces symptômes surviennent rarement. Lui-même n'en a observé que trois cas, et il emploie la créosote à fortes doses depuis cinq ans. Pas plus pour ce médicament que pour aucun autre, il n'y a de raisons de l'abandonner à cause des accidents qu'il peut produire. Il est d'opinion que de ne pas donner à chaque individu la dose la plus forte qu'il puisse supporter, ce serait priver le patient de tous les bénéfices du traitement. C'est au médecin à fixer la dose de limite en se guidant sur les symptômes d'intolérance.

Le Dr Faisans affirme que la créosote n'a en aucune façon les propriétés d'un spécifique, qu'elle est contre-indiquée dans tous les cas où il y a de la fièvre, de la dyspepsie habituelle et de l'érythème cardiaque. Il est vrai que de fortes doses produisent une amélioration considérable, surtout dans le poids du corps ; mais on peut obtenir le même résultat avec l'huile de foie de morue à hautes doses (6 à 9 onces par jour) jointe à la poudre de viande (8 onces) suivant la méthode de Debove. En résumé, bien que la créosote soit l'un des meilleurs balsamiques et rende de grands services dans la bronchorrée, on ne peut pas la regarder comme un spécifique.

Les Drs Ferrand et Lereboullet partagent les vues du Dr Faisans.

Le Dr Catrin est d'opinion que les injections de créosote sont rarement indiquées, et très souvent contre-indiquées. Lorsqu'un patient tuberculeux a de la tendance à l'érythème, il faut éviter la créosote. Ce médicament peut rendre des services au début de la maladie pendant ce que l'on peut appeler la période de l'attente. Il rend des services dans le catarrhe bronchique, mais ce n'est pas un spécifique.

Le Dr Fernet dit que les précautions hygiéniques seules peuvent guérir une tuberculose à évolution lente. On peut citer parmi ces moyens la suralimentation—spécialement vantée par M. Debove—l'administration de l'alcool, l'huile de foie de morue à larges doses et l'hydrothérapie ; Il croit la créosote contre-indiquée dans la forme appelée érythème de la phthisie, chez les patients alcooliques, goutteux, ou qui ont de l'artério-sclérose.

Le Dr Hanot a remarqué la disparition de l'urobiline dans l'urine de vingt-huit patients traités par des injections rectales de créosote, et il se demande si les effets favorables du médicament administré par le rectum ne sont pas dus au fait que son action anti-putride s'exerce d'une manière plus directe.

Le Dr Hayem croit que la créosote est toujours malsaine pour le tube digestif, surtout dans la tuberculose, car c'est l'un des médicaments les plus irritants et l'un des facteurs de la gastrite médicamenteuse. Pour ce qui est de l'action sur l'urobiline, Hayem a remarqué que, chez un grand nombre de patients dont l'urine en contenait une grande quantité lors de leur entrée à l'hôpital, l'urobiline disparaissait complètement après quelques semaines de repos, de diète et d'abstinence forcée de toute boisson alcoolique.

LA VALEUR DES MÉDICAMENTS ANTIPYRÉTIQUES, discussion au Congrès de Médecine Interne tenu à Wiesbaden du 8 au 11 avril 1896.—*Bulletin Médical*, vol X, No 31.

Dr Binz (de Bonn.)—Les médicaments antipyrétiques sont : la quinine, l'acide salicylique, l'antipyrine, l'antifébrine, la phénacétine, la thalline, l'alcool

éthylque. Nous pouvons d'autant mieux apprécier la valeur de ces médicaments que nous connaissons mieux la nature de leur action.

On a pensé, jusqu'en 1867, que la quinine agissait par l'intermédiaire du système nerveux. On sait aujourd'hui que la quinine a une action directe sur les cellules de l'organisme, action qui se fait sentir, d'une manière générale, sans l'intermédiaire du système nerveux ou de la circulation. La quinine déprime directement l'activité cellulaire ; elle diminue le nombre et la vitalité des leucocytes, elle abaisse le taux de l'azote et du soufre dans l'urine, elle abaisse même la température d'un animal placé dans un bain de vapeur chaud. Son action se fait sentir non seulement sur les cellules normales, mais encore sur les cellules pathogènes (fièvre paludéenne) ; cette action antifebrile a donc un caractère à la fois particulier et général.

L'acide salicylique a des propriétés analogues à celles de la quinine ; il a une action antiputride et antifermentescible énergique, il n'est pas toxique ; il ne se détruit pas dans l'organisme de l'homme. Il agit sur l'agent inconnu du rhumatisme aigu. D'autre part, l'acide salicylique, au point de vue des autres effets, diffère beaucoup de la quinine. Son action sur les cellules de l'organisme n'est pas la même. Il augmente la température interne des animaux placés dans un bain de vapeur chaud ; il accroît l'azote urinaire ; il produit une augmentation des leucocytes dans le sang.

À l'encontre des deux médicaments précédents, l'antipyrine est peu antiputride et antifermentescible. Son action antipyrétique s'exerce par l'intermédiaire du système nerveux central. Prise au début d'une fièvre catarrhale, elle provoque nettement un sentiment de chaleur dans tout le corps. Elle augmente la quantité d'acide urique dans les urines, la température dans un bain de vapeur chaud. C'est un antipyrétique symptomatique, à action rapide, dont la caractéristique est d'atténuer une excitation nerveuse centrale produite par la cause qui provoque la fièvre.

L'antifebrine, la phénacétine, la thalline se comportent d'une façon analogue. La thalline a en outre une certaine action directe paralysant les germes dans les fièvres d'infection.

L'alcool de vin abaisse la température dans les fièvres dites septiques et putrides. Ainsi dans la fièvre puerpérale, de fortes doses d'alcool font disparaître rapidement l'hyperthermie (Breisky, Ahlfeld, Rimge). L'alcool facilite la circulation de la peau. A fortes doses, il peut agir comme antiseptique et diminuer la vitalité des bactéries. Il est démontré que l'alcool éthylique provoque puissamment la diurèse et qu'il donne ainsi la possibilité d'une élimination rapide des toxines qui causent et entretiennent la fièvre.

Dr Kast (Breslau). La connaissance plus complète des maladies infectieuses a changé les bases d'appréciation de l'utilité des antipyrétiques. Les données récentes de l'expérimentation sur les animaux tendent à prouver que la fièvre joue un rôle important dans l'enchaînement des phénomènes qui concourent à amener la guérison d'une maladie infectieuse. La phagocytose n'est nullement entravée par les températures fébriles. Dans les maladies infectieuses, ce n'est pas l'hyperthermie qui constitue le danger principal. Mais s'il existe des troubles fonctionnels, en particulier du côté du système nerveux, on peut y remédier d'une manière plus appropriée en réfrigérant le malade par les bains. Chez les individus dont le système nerveux est particulièrement sensible à l'hyperthermie, il peut être avantageux de les baigner de temps en temps et de corroborer l'action du bain par une dose de quinine. Tandis que ce dernier médicament mérite une place à part, les autres antipyrétiques ont à peine la valeur des nervins symptomatiques que l'on ne doit prescrire que de temps en temps, à doses modérées et avec de grandes réserves.

Dr Unverricht (Magdebourg). Pour moi la plupart des symptômes dits fébriles ne dépendent pas de l'élévation de la température, mais de la nature de la cause de la fièvre, et particulièrement des substances toxiques qui s'accumu-

lent dans l'organisme à l'occasion des fièvres infectieuses. La température peut s'élever par diminution de l'émission, par augmentation de la production, par trouble de la régulation. Il est probable que les diverses causes de fièvre produisent leur action nocive en des points différents de l'appareil de régulation de la température et que l'hyperthermie n'est pas due à un mécanisme unique. Il faudrait entendre par le mot fièvre toute élévation de la température du corps, même celle qui se produit par la marche ou dans un bain de vapeur. Ainsi comprise, la fièvre n'est qu'un symptôme comme l'accélération du pouls, la céphalalgie ou les troubles digestifs.

Dr Poehl (Saint-Petersbourg). L'action des antipyrétiques est une action chimique. Ils forment dans l'organisme des combinaisons qui facilitent l'expulsion des déchets. On devrait toujours, en pratique, donner en même temps que les antipyrétiques une dose de sulfate neutre; cela faciliterait leur action.

Dr Herz (Vienne). Il faut aussi, dans la fièvre, tenir compte des causes non chimiques. L'une des plus importantes est l'assimilation d'eau. Cette assimilation produit un dégagement considérable de chaleur, et le contraire s'observe quand la fièvre disparaît. C'est pourquoi un diurétique est un antipyrétique.

Dr von Jaksch (Prague). A côté de l'hyperthermie, un important symptôme de la fièvre est la modification des échanges nutritifs: l'albumine organique se détruit et laisse en liberté des acides tels que l'acide acétique. L'alcool n'est pas un antipyrétique, mais un tonique du cœur; il est irritant pour le rein, à hautes doses.

Dr Schill (Wiesbaden). En dix ans de pratique, il n'a pas encore prescrit une fois un antipyrétique. Dans le traitement de la fièvre, ce qui importe avant tout, c'est le maintien des forces du cœur. Il emploie l'alcool à haute dose, même chez les enfants.

Dr Unverricht. Il y a lieu de se réjouir de ce que les débats actuels sur l'antipyrèse nous ont conduits à ne plus regarder l'hyperthermie comme la cible de la thérapeutique, mais plutôt comme une sage disposition de la nature.

Dr Dettweiler (Falkenstein). Les antipyrétiques donnent d'excellents résultats chez les phtisiques. A petites doses, ils raniment l'appétit, l'euphorie, le repos; ce n'est que lorsqu'ils ont abaissé la température que les soporifiques peuvent exercer leur action.

Dr Filehne (Breslau). Convaincu de l'influence du système nerveux central dans la production de la fièvre et persuadé de ce que la régulation de la chaleur est une fonction vitale, il pense que la valeur des antipyrétiques ne peut être niée.

Dr Kast. Il reconnaît que si l'on peut combattre l'antipyrèse médicamenteuse par principe, l'emploi thérapeutique des antipyrétiques est utile dans certaines pyrexies; mais il faut individualiser.

DESQUAMATION DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT, communication à la Société médicale des Hôpitaux par M. le Dr J. COMBY. — *Gazette des Hôpitaux*, vol. 69, No. 31.

Au Congrès de médecine tenu à Lyon en octobre 1894, le Dr Weill, médecin des hôpitaux de cette ville, a signalé à l'attention des cliniciens une desquamation plus ou moins étendue qui succéderait très fréquemment (37 fois sur 45 cas) à la fièvre typhoïde infantile. Cette desquamation occupe le tronc, l'abdomen, le dos, l'épaule, les fesses. Furfuracée le plus souvent, comme dans la rougeole, elle présente parfois l'apparence des desquamations scarlatiniformes en lamelles et grands lambeaux. On voit aussi des desquamations mixtes, lamelleuses sur les jambes, furfuracées sur le tronc. La durée serait variable, entre quelques jours et plusieurs semaines, la desquamation lamelleuse étant plus longue que la furfuracée. On observe cette desquamation soit à la fin de la période fébrile, soit plus tardivement, quelquefois dix à quinze jours après la défervescence; elle

ne serait pas précédée d'érythème et ne relèverait pas de la balnéation. Elle n'aurait d'ailleurs aucune valeur pronostique.

Le Dr Comby a cherché dernièrement, dans son service à l'hôpital Trousseau, à vérifier les données du Dr Weill. Il a examiné attentivement, au point de vue de la desquamation, 18 cas de fièvre typhoïde avérée, et l'a trouvée présente dans les 18 cas. Il croit incontestable la réalité du fait avancé par M. Weill. Il va même plus loin, car il ajoute : " Chez *tous les enfants* atteints de fièvre typhoïde, on observe, vers la fin de la maladie, au moment de la défervescence ou peu de temps après, une desquamation plus ou moins abondante, qui dure plus ou moins longtemps, depuis quelques jours à quelques semaines. Cette desquamation débute à la base du cou, dans les régions sus-claviculaires, gagne le thorax, l'abdomen, les aines, la racine des membres. Mais elle respecte toujours les extrémités, les mains, les pieds, la face, ce qui la distingue de la desquamation consécutive aux fièvres éruptives. Elle peut être très légère, furfuracée ou bien lamelleuse, et assez semblable à la desquamation scarlatiniforme."

Cette desquamation n'est pas propre à la fièvre typhoïde seule ; on peut la rencontrer dans toutes les maladies aiguës, fébriles, cycliques de l'enfance (pneumonie, grippe, pleurésie, etc....) Quelle en est la signification ? La cause est simple et facile à démontrer. Dans la fièvre typhoïde, comme dans les autres maladies aiguës nommées plus haut, la desquamation succède toujours à une éruption de *sudamina*. Quand la fièvre typhoïde entre en défervescence, il se produit une crise du côté des émonctoires, du côté des reins, du côté de la peau. Du côté des reins, elle se traduit par une polyurie abondante (2 litres et plus d'urine par jour chez quelques enfants). Du côté de la peau, elle se manifeste par une poussée plus ou moins étendue de *sudamina*, c'est-à-dire de petites vésicules ou phlycténules translucides ayant leur siège dans la couche cornée de l'épiderme au niveau de la zone granuleuse (E. Besnier.) Comme le fait remarquer ce médecin, il faut, pour les voir, examiner la peau à un bon éclairage et obliquement. C'est pour cela qu'ils échappent le plus souvent à l'attention du malade et du médecin.

L'apparition des *sudamina* et de la desquamation est d'un bon pronostic. Quand la fièvre typhoïde doit se terminer par la mort, quand la défervescence attendue ne se produit pas, les *sudamina* manquent et la desquamation est absente.

LE CANCER DES VOIES BILIAIRES ET DU PANCRÉAS, communication faite au Congrès de Tunis (du 1er au 5 avril 1896) par M. le Dr V. Hanot.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 28.

Le cancer du foie est généralement secondaire et pénètre dans le foie par la veine porte. Il peut s'établir primitivement dans la vésicule à la suite de calculs, Mais les cas de cancer de l'ampoule de Vater, terminaison du canal cholédoque dans le duodénum, sont très rares, et le diagnostic en est très difficile. On les confond facilement avec les cas de cancer de la tête du pancréas ; cet organe, d'ailleurs, est en communication avec l'ampoule de Vater par le canal de Wirsung.

Le Dr Hanot a communiqué au Congrès de Tunis l'observation d'un cas très intéressant survenu chez un homme de 40 ans. La maladie a duré dix mois et s'est manifestée par une augmentation de volume du foie, de la vésicule biliaire et de la rate, avec ictère chronique et décoloration des fécès, sans coliques hépatiques. La tumeur était constituée par un épithélium cylindrique, sans aucun foyer de généralisation. Le Dr Hanot se demande si une intervention chirurgicale n'aurait pas été possible, en raison de l'étendue limitée du cancer.

L'intéressant travail du Dr Hanot a provoqué, de la part du professeur Bard, de Lyon, une communication très remarquable sur les rapports des cancers de l'ampoule de Vater et des cancers du pancréas. Le prof. Bard fait d'abord remarquer que la marche de la maladie est en rapport avec la nature anatomique du cancer. Le cancer né de l'épithélium pancréatique glandulaire a une forme très rapide ; il amène la mort dans l'espace de six semaines à trois ou quatre mois. Au contraire,

les tumeurs nées de l'épithélium cylindrique des canaux excréteurs (comme dans le cas du Dr Hanot) ont une marche beaucoup plus lente et durent de un à deux ans. La marche de la maladie dépend donc entièrement de son siège.

Est-il possible de faire le diagnostic différentiel des tumeurs du pancréas et de celles dites de l'ampoule de Vater. Le professeur Bard croit que oui. Au point de vue anatomique, la communication du Dr Hanot établit qu'il y a deux formes excrétoires du cancer. Tantôt la tumeur naît des canaux intra-glandulaires, tantôt elle naît de l'embouchure même du canal pancréatique. Dans l'une, la tumeur est constituée par un bourgeon saillant dans l'ampoule de Vater et de base relativement étroite; dans l'autre la tumeur s'étale sur les parois du duodénum, créant un rétrécissement annulaire le plus souvent complet. Le cas du Dr Hanot doit être rangé dans la première catégorie, car la tumeur fait saillie dans l'ampoule sans extension latérale. Si le point de départ eut été du côté du duodénum, la tumeur aurait eu une tendance annulaire et aurait créé un rétrécissement digestif; de plus, sa consistance aurait été moins dure, et elle n'aurait pas créé aussi facilement l'obstruction du canal cholédoque. Donc, au point de vue clinique, le cancer du duodénum a la symptomatologie bien connue du cancer du pylore ou de celui de l'intestin. Le cancer du pancréas a sa symptomatologie propre. La durée de la maladie est un bon élément de diagnostic.

CHIRURGIE

LA CONVALESCENCE APRÈS LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES, article éditorial du Dr BRAISLIN.—*American Medical Review*, vol. 1, No. 4.

À la suite de toute opération chirurgicale, le patient doit se relever :

- 1° Du choc immédiat de l'opération;
- 2° De la dépression vitale consécutive, et du travail physiologique de réparation qui a lieu.

Le retour des forces est lent ou rapide suivant la gravité de l'opération, l'état du malade, etc...

L'état de convalescence énuméré en second lieu est réellement le même qu'à la suite d'une maladie infectieuse aiguë.

La dépression consécutive varie naturellement avec la gravité de l'intervention. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'elle existe même après une opération mineure, et qu'il est important de mettre les convalescents de chirurgie à l'abri de toute manifestation infectieuse qui pourrait survenir par contagion.

On doit porter d'une manière spéciale l'attention de ce côté lorsqu'il s'agit d'un enfant. Car, de même qu'un enfant supporte mal le choc opératoire, de même sa vitalité est facilement amoindrie et sa guérison relativement lente. Nous ne pourrions pas considérer le cas autrement s'il s'agissait d'une maladie infectieuse.

Souvent aussi, la tuberculose se manifeste d'une manière inattendue pendant la convalescence à la suite d'une opération. Il est sage de ne pas traiter légèrement mêmes les opérations légères.

La convalescence opératoire offre les mêmes éléments de danger que celle de n'importe quelle maladie aiguë. Il existe durant cette période une diminution de l'activité vitale, tandis que l'immunisation individuelle contre l'invasion de la maladie est amoindrie d'une manière anormale.

PROSTATECTOMIE, résumé d'un travail du Dr Samuel ALEXANDER, lu à la Société des anciens élèves de l'Hôpital Bellevue.—*New-York Medical Journal*.

On prépare le patient en lui donnant la veille au soir un cathartique, et en vidant le matin le gros intestin par un bon lavement. Immédiatement avant l'opération, la vessie est lavée avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 6000.

Lorsque le patient est endormi, on vide la vessie à l'aide d'un cathéter, puis on la distend avec la solution de Thiersch; dix onces suffisent dans la plupart des cas pour l'amener bien au-dessus du pubis. Le Dr Alexander n'emploie plus le ballon rectal.

On met ensuite la vessie à découvert par une incision verticale entre les muscles droits, et l'on passe dans sa paroi les fils écarteurs, entre lesquels on incise la vessie suffisamment pour permettre l'introduction des deux doigts. On examine alors la vessie et les parties hypertrophiées de la prostate.

On recouvre l'ouverture sus-pubienne avec de la gaze et l'on place le patient dans la position de la lithotomie. On introduit alors dans la vessie un soutien par l'urèthre, et on le fait tenir par un assistant. On ouvre l'urèthre membraneux par une incision médiane périnéale, en prenant garde de bien inciser le plancher de l'urèthre depuis juste en arrière du bulbe jusqu'au sommet de la prostate. Ceci doit être fait d'une manière complète.

On enlève alors le soutien et la gaze de l'incision sus-pubienne.

Le chirurgien lave ses mains et les désinfecte.

Il introduit ensuite, par l'incision sus-pubienne, les deux doigts de la main gauche dans la vessie et s'en sert pour repousser la prostate en bas vers le périnée.

Avec l'index de la main droite il commence l'énucléation, qui doit être faite entièrement par l'ouverture périnéale.

Il crève avec le doigt l'enveloppe externe de la prostate juste au-dessous de la membrane muqueuse de l'urèthre prostatique, et la prostate entière est ainsi énucléée avec le doigt de son enveloppe. La membrane muqueuse de l'urèthre vésical et prostatique ainsi que la tunique musculaire sous-jacente sont dépouillées sans les ouvrir.

On enlève d'abord le lobe droit et le lobe gauche, et ensuite, s'il y a une tumeur moyenne, on peut la pousser en bas dans l'incision périnéale et l'énucléer de la même manière. Durant l'énucléation la prostate doit être attirée dans le périnée à l'aide de forceps.

Lorsque l'on a enlevé toutes les excroissances prostatiques, on irrigue la plaie avec une solution de bichlorure à 1 pour 5000, on insert un tube périnéal dans la vessie, et l'on place un second tube à drainage de calibre moyen par le pubis. On ferme ensuite par des sutures l'extrémité supérieure de l'incision sus-pubienne.

Le traitement post-opératoire consiste dans les lavages quotidiens de la vessie, en injectant le liquide par le tube sus-pubien. Toute l'urine s'écoule par le tube périnéal.

On enlève le tube supérieur le sixième jour, le tube inférieur trois jours plus tard, après quoi on lave la vessie par le périnée à l'aide d'un cathéter pendant quelques jours.

On peut passer une sonde de plein calibre à la fin de la seconde semaine, et ensuite tous les cinq jours jusqu'à la fermeture de l'incision périnéale. Les plaies se cicatrisent généralement dans le cours de trois semaines.

Le Dr Alexander croit que les avantages de cette méthode sont les suivants:

- 1o L'hémorrhagie est beaucoup diminuée.
- 2o La membrane muqueuse de l'urèthre vésical et prostatique demeure intacte, ce qui écarte le danger d'une absorption septique.
- 3o Elle permet d'établir un meilleur drainage de la vessie.

TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUÉES DE PLAIES,
résumé d'un article du Dr Eugène A. Smith.—*Buffalo Medical Journal*, 1896.
No 2.

Lorsqu'une fracture se trouve compliquée parce que l'extrémité de l'os a

percé ou lacéré les tissus mous et la peau, il en résulte une plaie nette et suffisamment propre. C'est alors que l'on peut constater les résultats funestes d'une action trop hâtive dans la recherche du diagnostic ou l'établissement du traitement. Lorsque l'hémorragie est sérieuse, on applique le tourniquet jusqu'à ce qu'on puisse faire la ligature du vaisseau. Pour rien au monde il ne faut paqueter la plaie avec de la gaze ou tout autre matériel. Lorsque le caillot, qui se forme rapidement, est touché par un doigt, un stylet ou un pansement sales, il devient un germe de maladie et menace la guérison qu'il aurait autrement protégée comme l'a si bien démontré Schede. Le caillot est la compresse de la nature, et il vaut infiniment mieux pour le patient de le transporter à des milles de distances sans autre pansement plutôt que d'infecter ce caillot.....

Done, dans les cas de fractures compliquées, lorsque le patient doit être transporté à quelque distance, réduisez le déplacement, établissez l'immobilisation, mais avant lavez les bords de la plaie avec une solution antiseptique. Une solution à 50 pour cent de peroxide d'hydrogène est un excellent antiseptique, facile à préparer. On peut aussi irriguer superficiellement la plaie avec cette solution, en évitant de déranger le caillot profond. On ferme ensuite la plaie en appliquant une compresse antiseptique, et l'on peut alors transporter le blessé chez lui ou à l'hôpital. Il faut alors, lorsque la nature du traumatisme et l'apparence de la plaie font prévoir l'infection de celle-ci, pratiquer une seconde fois, sans anesthésie, le nettoyage plus complet et l'irrigation de la plaie. On applique ensuite un bandage occlusif aseptique permanent et par dessus une gouttière au plâtre de Paris, une attelle de Volkman, ou tout autre appareil nécessaire pour contrôler le déplacement, une fois l'immobilisation obtenue. Si l'on a le moindre doute sur l'état de la plaie, surtout pour ce qui concerne les anfractuosités profondes, endormez le patient, élargissez la plaie si c'est nécessaire, faites une bonne irrigation, et enlevez tous les corps étrangers et les fragments d'os détachés du périoste, puis fermez la plaie par des sutures au catgut, dont vous laisserez quelques bouts pour servir de drainage. L'occlusion et la fixation sont faites comme la première fois. On ne doit pratiquer la suture métallique des fragments osseux que lorsqu'il est impossible d'obtenir autrement la réduction et l'immobilisation. Au contraire, la suture métallique est indiquée lorsque la plaie est infectée, et celle-ci demande des pansements fréquents.

DOIGT A RESSORT, observation publiée par le Dr Duplay, de Paris, dans les Archives générale de Médecine.—*Gazette des Hôpitaux*, 1896, No 44.

Une marchande de poissons, âgé de trente sept ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, se présente dans le service du Dr Duplay à l'Hôtel-Dieu. Il y a deux mois, sans cause appréciable, elle a commencé à éprouver de la gêne et de la douleur dans les mouvements du pouce de la main droite, en même temps qui se manifestait, d'abord à un faible degré, puis en s'accroissant de plus en plus, une sensation de ressaut particulier dans les mouvements de flexion et d'extension de ce doigt, les accidents allèrent en augmentant et bientôt l'empêchèrent d'exercer sa profession, la malade ne pouvant plus en raison de la gêne et surtout de la douleur, vider ses poissons.

Lors de son entrée, le pouce ne présente aucune altération apparente, ni dans sa forme, ni dans son volume, les parties molles, aussi bien que les os et les articulations, sont dans leur état normal.

La malade accuse une douleur vague à la face palmaire du pouce, principalement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; cette douleur est réveillée par la pression à ce niveau, mais à un très faible degré. C'est seulement lorsque la malade exécute des mouvements de flexion et d'extension que la douleur acquiert une grande intensité, offrant son maximum d'acuité au moment où se produit le phénomène de ressaut dont il va être question.

Une exploration minutieuse de la face palmaire du pouce, au point où existe la douleur et qui correspond à l'articulation métacarpo-phalangienne, ne per-

met de reconnaître aucune lésion bien nette. Il semble, cependant, qu'il existe à ce niveau un peu d'induration, d'épaississement des parties profondes, c'est à-dire de la gaine fibreuse des tendons fléchisseurs. Mais on ne sent aucune nodosité circonscrite, et lorsqu'on fait mouvoir les tendons fléchisseurs en imprimant lentement des mouvements de flexion et d'extension du pouce, on ne distingue rien d'anormal.

C'est seulement lorsque la malade exécute volontairement les mouvements que se produisent à la fois la douleur et le phénomène du ressaut qui a surtout attiré son attention et qui constitue le symptôme le plus intéressant.

Si l'on dit à la malade de fléchir le pouce, on voit la phalange se plier d'abord normalement, mais avant qu'elle soit devenue perpendiculaire à la phalange, le mouvement subit un arrêt momentané, la malade exécute un effort violent, auquel semblent participer tous les muscles du membre supérieur, puis, comme si un obstacle était surmonté, la flexion s'achève brusquement, par une sorte de détente et à la façon d'un ressort qui se ferme.

Le même phénomène se produit pendant l'extension et plus marqué encore que pour la flexion. L'effort exercé par la malade est beaucoup plus considérable, la détente qui suit plus brusque, et la phalange semble comme projetée violemment au moment où l'extension s'achève. La comparaison avec un ressort qui se détend serait encore plus juste pour l'extension que pour la flexion.

Quelle était la nature de l'obstacle produisant le phénomène du ressort? L'opération, suivie de l'examen histologique, a démontré qu'il s'agissait d'un rétrécissement de la gaine des fléchisseurs amené par une induration fibreuse de la paroi. Ce rétrécissement enserrait les tendons fléchisseurs, dont le jeu se trouvait arrêté au moment où ils s'engageaient dans cette portion rétrécie. Le professeur Duplay croit qu'on peut attribuer cette hyperplasie de la gaine à la profession de la malade, qui exerce des efforts fréquents de la main droite pour vider ses poissons. Elle ne paraît pas arthritique cependant. Guérison parfaite.

ARTHECTOMIE DU COU-DE-PIED PAR LA METHODE ANTÉRIEURE, par le Dr ANDERSON, de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres.—*La Médecine Moderne*, vol. VII, No 35.

A l'hôpital Saint-Thomas, M. Anderson a opéré un jeune garçon de 7 ans pour une affection tuberculeuse de la cheville droite. Une incision antérieure fut faite à travers les téguments sur la ligne de la cheville, d'une malléole à l'autre. Le nerf musculo-cutané fut assuré au moyen de deux fils entre lesquels il fut divisé, ces fils étant laissés avec les aiguilles attachées. Les tendons du jambier antérieur, extenseur du gros orteil, extenseur des doigts, furent de même chacun percés par deux fils séparés d'un demi-pouce, et tous divisés entre les fils; l'artère tibiale antérieure fut également divisée et liée. Il y avait à ce moment une rangée de fils avec des aiguilles attachées, chaque bout de tendon ou de nerf divisé ayant son fil. La jointure fut alors ouverte, et, après division des fibres antérieures des ligaments latéraux internes et externes, tout l'intérieur de l'articulation fut exposé sans toucher aux muscles péroniers ou tibial postérieur. On trouva les os et la membrane synoviale beaucoup affectés; les parties malades furent enlevées avec des ciseaux et une gouge, les surfaces imbibées d'une émulsion d'iodoforme, les bouts des tendons et du nerf musculo-cutané rapprochés au moyen des fils employés au commencement de l'opération, l'aiguille du bout supérieur étant passée à travers le bout inférieur, et celle du bout inférieur à travers le bout supérieur, de manière à unir chaque tendon par deux sutures; une seule suture fut employée pour le nerf. La peau fut unie par une suture continue de corde à boyau. La plaie fut hermétiquement fermée par de l'ouate imbibée de collodion, et poudrée avec de l'iodoforme; le tout étant couvert d'un pansement, et le pied fixé avec du plâtre.

M. Anderson remarque que c'est le cinquième cas qu'il opère de cette manière; dans tous les précédents il a obtenu l'union par première intention, et les

fonctions des tendons et du nerf ont été pleinement rétablies. Dans un cas où l'affection était peu grave, un cou-de-pied mobile a été le résultat de l'opération ; dans les autres, l'ankylose a eu lieu laissant un pied très utile. Cette opération antérieure, dit-il, a d'abord été faite par M. Arbutnot Lane, de "Guy's Hospital," qui divise non seulement les tendons antérieurs, mais aussi ceux des muscles péroniers et tibial postérieur, lesquels, pense M. Anderson, pourraient bien être épargnés, comme le prouvent les cas qu'il a cités ; l'opération en est plus simple et plus rapide. En comparaison avec les vieilles opérations, la méthode antérieure offre de grands avantages, étant beaucoup plus rapide et permettant au chirurgien de mettre à découvert plus complètement et plus facilement les parties affectées et en même temps d'économiser, autant que possible, les parties saines.

RÉUNION DES ROTULES PAR LE CERCORAGE, par Félix Lejars, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.— *Gazette des Hôpitaux*, 1896, No 44.

Le professeur Lejars a utilisé chez un vigoureux patient qui s'était fracturé les deux rotules dans un violent effort musculaire pour ne pas tomber, le procédé de réunion rotulienne indiqué en 1892 par M. le professeur Berger, le *cercorage*. Le procédé lui a donné un excellent résultat. Voici la description de l'opération donnée par le professeur Lejars.

Une incision arquée, à concavité supérieure, est tracée sur le devant du genou droit et croise le fragment inférieur ; la peau est retroussée en haut et découvre tout de suite une abondante collection sanguine qui enchâsse le devant de la rotule fracturée, se prolonge entre les fragments et remplit la cavité articulaire ; notre premier soin est d'enlever tous ces caillots et de déterger les deux surfaces de fracture et les cartilages avec des tampons. Le plan de brisure est à peu près transversal et légèrement éversé en dehors ; il revêt, sur chaque fragment, un aspect feuilleté tout spécial, au niveau de l'encroûtement cartilagineux.

Nous procédons alors au *cercorage*, de la façon suivante : une aiguille fenêtrée est passée dans l'épaisseur du tendon rotulien, au contact du bord supérieur de la rotule, et se charge d'un gros et long fil d'argent, qu'elle ramène en dehors ; puis l'aiguille traverse le ligament rotulien et fait passer, à son tour, de dedans en dehors, l'autre bout du fil ; de la sorte, nous avons une anse qui contourne la rotule et que la torsion des deux bouts libres fermera et resserrera tout à l'heure.

Les deux fragments sont rapprochés et maintenus en contact, l'anse de fil bien et dûment étirée, pour réaliser un *encadrement* aussi exact et aussi régulier que possible, et les deux bouts tordus ensemble. On s'assure, avant d'achever la torsion, que les deux surfaces fracturées se correspondent parfaitement : un surjet de catgut réunit, au devant du trait de fracture, les débris fibro-périostiques ; puis les fils tordus sont coupés ras, incurvés et cachés dans les tissus fibreux voisins.

Les débris de la bourse pré-rotulienne, déchirés et infiltrés de sang, sont excisés, et la peau entièrement réunie, sans drain. Pansement iodoformé et ouaté ; gouttière plâtrée.

Même intervention sur le genou gauche. Les suites de cette double opération ne laissèrent rien à désirer. Consolidation osseuse et ferme ; guérison complète.

Le cercorage est de pratique facile et partout réalisable, et si l'on prend soin de bien encadrer la rotule, il assure une coaptation excellente et un affrontement très régulier. Le fil doit être gros et très résistant ; il doit traverser en plein, au milieu de leur épaisseur, le tendon et le ligament rotuliens ; c'est là une condition nécessaire pour que l'anse du fil reste bien fixée et que les fragments n'aient pas tendance à basculer et à s'écarter en avant ou en arrière. Dans les fractures comminutives de la rotule, l'encadrement par un bon fil serait encore le meilleur procédé à suivre pour réaliser la coaptation et la réunion des fragments mul-

tiples. Enfin, en suturant, au niveau du trait de fracture, les deux lèvres fibro-périostiques, on rend encore l'affrontement plus régulier.

DES MOYENS DE FAIRE TOLÉRER LA SONDE A DEMEURE CHEZ LES PROSTATIQUES, communication du Dr A. Guépin à l'Académie de Médecine.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 31.

Il est d'un intérêt majeur, dans le plus grand nombre des cas de prostatite sénile avec rétention, de faire que la sonde mise à demeure pour un temps variable suivant les circonstances, soit convenablement tolérée et fonctionne régulièrement.

Les moyens employés à cet effet sont les uns *usuels* et depuis longtemps bien connus, les autres *moins connus* bien qu'aussi utiles à connaître.

Les moyens usuels sont : le choix éclairé de la sonde, quant à sa composition, sa forme et son calibre ; sa mise en place méthodique ; sa fixation ; son bon fonctionnement contrôlé par l'observation de l'écoulement de l'urine et des injections faites dans la vessie.

Comme moyens moins connus il y a : 1o l'*injection vésicale* faite après l'écoulement de l'urine, pour calmer les fausses envies d'uriner qui suivent la miction ; 2o la *suppression* de tout ce qui comprime ou rétrécit l'extrémité du canal : atrésie, ectopie du méat, atrésie préputiale.

L'INTERVENTION SANGLANTE ET LE TRAITEMENT MÉCANIQUE DANS LES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE, conclusions des leçons cliniques faites par le Dr KIRMISSON à l'Hospice des Enfants Assistés.—*Bulletin Médical*, vol. X, Nos 30 et 32.

Le traitement des luxations congénitales de la hanche est à l'ordre du jour en ce moment dans les différentes sociétés savantes. Voici les idées du Dr Kirmisson à ce sujet.

Les interventions par la méthode sanglante ne sont pas absolument sans danger ; tous les chirurgiens qui les ont tentées ont perdu des malades. L'opération est souvent longue et difficile, comme le prouvent la durée des interventions, la possibilité d'hémorragies graves, de paralysies. L'opération n'est pas absolument certaine dans ses résultats. Tous les chirurgiens ont eu des récidives.

“ Cette leçon, dit le professeur, n'est pas faite contre l'opération sanglante, bien loin de là ; j'en fais tous les jours et j'en ferai encore à l'avenir. J'ai même la conviction que nous arriverons à perfectionner l'opération de façon à la rendre plus bénigne et à améliorer les résultats. Mais je considère comme mon devoir de vous faire connaître l'état actuel de la science et de protester contre les assertions erronées qui sont émises à ce sujet. Je conclurai donc en disant : non, l'opération n'est pas absolument exempte de dangers ; elle est souvent longue et difficile et elle est encore incertaine dans ses résultats.”

Voici maintenant ce que dit le Dr Kirmisson du traitement mécanique.

“ Nous devons chercher à faire le diagnostic le plus tôt possible ; c'est là un problème délicat, le déplacement de la tête fémorale et le raccourcissement étant à ce moment très peu marqués ; l'exploration est rendue encore plus difficile chez les tout jeunes enfants par l'épaisseur du pannicule adipeux sous cutané. Dès que le diagnostic est établi, il faut instituer un traitement mécanique convenable, dans l'espoir d'établir une néarthrose solide avec un minimum de raccourcissement ou même quelquefois, mais rarement, une réduction véritable.

Le traitement mécanique doit consister en une immobilisation prolongée jointe à l'emploi de l'extension continue. Le membre sera placé dans l'abduction, de façon à favoriser le contact permanent entre l'os iliaque et le fémur ; une gouttière articulée *ad hoc* permettra de réaliser facilement cette situation. Puis quand, au bout d'un temps variable, six à huit mois, une néarthrose solide aura été obtenue, il faudra commencer à faire marcher le malade, en le soutenant, non avec la ceinture de Dupuytren, mais avec un appareil en cuir moulé immo-

bilisant le bassin et la cuisse dans une position légère d'abduction, comme s'il s'agissait d'une coxalgie.

Si le résultat est bon, si vous avez obtenu une néarthrose solide, si le raccourcissement ne dépasse pas un ou deux centimètres ($\frac{1}{2}$ à $\frac{2}{3}$ de pc.), vous pouvez vous tenir pour satisfait; car une opération sanglante ne vous aurait rien donné de mieux.

Si au contraire, vous n'obtenez rien de bon, si la tête a tendance à remonter de plus en plus dans la fosse iliaque et le raccourcissement à s'accroître, c'est alors qu'il faut recourir à la méthode sanglante."

AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR, DE L'OMOPLATE ET DES DEUX TIERS EXTERNES DE LA CLAVICULE, communication du Dr Armstrong à la Société Médico-Chirurgicale de Montréal.—*Montreal Medical Journal*, Vol. XXIV, No 9.

Le Dr Armstrong présente une malade chez laquelle il a enlevé tout le membre supérieur, d'après la méthode décrite par Paul Berger en 1887, pour un sarcome myéloïde de l'épaule. Incision profonde sur la clavicule, depuis le bord du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à l'articulation acromio-claviculaire. Incision longitudinale du périoste sur toute la longueur de l'os, et circulaire à chaque extrémité. Décollement du périoste à la rugine, enlèvement du tiers moyen de la clavicule à la scie. Dissection du muscle sous-claviculaire à l'extrémité interne de l'os, et ligature de l'artère et de la veine sous-clavières, qui sont sectionnées. L'opérateur taille ensuite le lambeau antéro-inférieur, puis le lambeau postéro-supérieur. Le reste de l'opération s'accomplit facilement, sans hémorrhagie. Le plexus brachial est divisé très haut.

Il n'y a pas de choc, à cause de l'absence d'hémorrhagie. La patiente se relève très bien et quitte l'hôpital le dix-septième jour.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MÉTRITES BLENNORRHAGIQUES (*Semaine gynécologique*, 31 mars 1896.)—M. APPERT étudie le diagnostic et le traitement des métrites blennorrhagiques.

L'examen digital et l'examen au spéculum font tous deux reconnaître la physionomie clinique de l'endométrite blennorrhagique et ne permettent pas de la confondre avec les autres formes de métrites. Le col utérin non altéré, les lèvres lisses, la petitesse de l'orifice externe en sont les signes principaux.

La blennorrhagie étant une localisation de l'infection gonococcique chez la femme, on devra éviter toute propagation à l'intérieur de l'utérus et aux trompes, s'abstenir d'intervention intra-utérine, de cathétérisme, de dilatation à la laminaire ou à la bougie de Hégar: même interdiction pour les lavages intra-utérins, dans la phase aiguë, ou au moins, ne pas dépasser l'orifice interne. Mais le curettage est de toutes ces interventions la plus dangereuse. Il ouvre les voies à l'absorption des gonocoques dans la profondeur. Le curettage amène souvent de l'élévation de température, des douleurs dans le bas-ventre avec péritonisme, parfois même de véritables pelvi-péritonites. Les toxines blennorrhagiques absorbées par les voies veineuses peuvent provoquer des réactions articulaires arrivant jusqu'à l'arthrite.

Dans les blennorrhagies aiguës limitées au col, on met, au début, le malade au repos. Injections vaginales avec solution de permanganate de potasse à 1/2000, deux fois par jour. Atteintements avec la solution de bleu de méthylène, ou

lavages du canal avec une légère solution de permanganate, sous faible pression, en ne forçant pas l'orifice interne. Si la cavité utérine est envahie, et la métrite constituée, malade au lit, avec application d'une vessie de glace sur le ventre, en évitant dans cette phase tout examen ou intervention. Injections antiseptiques faibles, sous faible pression. Quelques sangsues au périnée si les douleurs sont trop vives et lavements laudanisés calmants.

Tout accident aigu ayant disparu dans la phase chronique, tamponnement vaginal, pansements intra-cervicaux. solution de permanganate ou nitrate d'argent. Si la cavité utérine est envahie en totalité, dilatation douce mais large de l'utérus à la laminaire. pansements répétés à la gaze avec glycérine créosotée ou au naptol camphré. Fréquentes injections au permanganate et surveillance spéciale au voisinage de l'époque menstruelle. Dans les cas de cervicite blennorrhagiques invétérée, excision de la muqueuse cervicale infectée. Détruire les foyers de gonocoques cantonnés dans l'urètre, les glandes de Skène et celles de Bartholin. — *Rev. de Thérapeutique.* R. Br.

TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES. (*Clinical Journal*, 18 décembre 1895.)—ROUTH énumère comme il suit les médicaments usités en cas de métrorrhagie.

Er,ot — C'est le remède le plus habituel. Il agit en contractant les artérioles, apparemment en vertu de son action sur la fibre musculaire lisse et il agit spécialement sur le muscle utérin, en excitant une contraction tonique. Parfois il peut agir sur les intestins, ce qui empêche certaines personnes de le tolérer. On le reconnaît bien aux coliques de l'enfant qui tète, lorsque la mère prend de l'ergot. De temps en temps aussi, on constate l'effet de l'ergot sur le cœur, par la production d'une pseudo-angine et le ralentissement des pulsations, surtout chez les personnes déjà atteintes d'insuffisance cardiaque.

Les artérioles se contractent sur tout le corps, et le travail du cœur s'en trouve augmenté. En règle générale, toutefois, l'ergot peut être administré durant un certain temps sans inconvénient. Par l'amoindrissement de vascularité qu'il produit dans l'utérus il diminue la nutrition des fibromes et en favorise l'expulsion par les contractions utérines qu'il excite. Il y a lieu de donner l'ergot avec continuité, dans tous les cas d'hémorrhagie utérine, où son emploi est indiqué, en commençant pour les règles, le troisième ou le quatrième jour de la période, en le suspendant juste avant le retour des époques, surtout s'il y a habituellement dysménorrhée. Quelquefois, en cas semblable, on peut continuer l'ergot, en ajoutant la belladone. Les doses usuelles sont d'un demi-gros (*drachm*) d'extrait fluide trois fois par jour, ou bien d'un ou deux grains d'ergotine, ou de 17120 à 17150 de grain d'ergotinine, beaucoup plus active.

L'*hydrastis* est une autre substance de beaucoup de valeur, souvent semblable dans son action à l'effet combiné de l'ergot et de la belladone; car outre qu'elle produit la contraction utérine et combat l'hémorrhagie de la même manière que l'ergot, c'est aussi un sédatif. Des doses d'une demi-drachme de teinture ont un bon résultat.

Le *cannabis indica* est encore un de nos meilleurs médicaments, mais il n'est pas souvent administré. Un quart, un tiers, ou même un demi-grain de cannabis indica est la dose usuelle, et souvent paraît arrêter l'hémorrhagie, mieux même que l'ergot ou l'hydrastis. S'il y a douleur en même temps qu'hémorrhagie, comme, par exemple, en cas de dysménorrhée causée par des fibromes de l'utérus, le cannabis indica est plus utile que l'ergot. On peut aussi l'administrer sous forme de tannate de cannabis, de deux à dix grains. La teinture est peu sûre.

Dernièrement le Dr Wright (de Netley), a préconisé le chlorure de calcium. On l'employait, depuis bien des années, conjointement avec le bromure de potassium et le chlorure d'ammonium pour les fibromes. L'action du chlorure de calcium n'était pas comprise à cette époque. On supposait qu'il déposait des sels

calcaires dans les tissus du fibrome, amenant de la dégénérescence calcaire. Il n'en est rien. Le Dr Wright l'a trouvé très utile dans des cas nombreux d'hémorrhagies, surtout dues à une diathèse hémorrhagique. Il a pu les arrêter, en prescrivant des doses de 2 à 3 drachmes de la préparation dite *Liquor calcii chloridi*, trois fois par jour. (La quantité de cette préparation est de 1 drachme de chlorure de calcium et 5 d'eau.) Selon le Dr Wright, son action est due à ce fait que le sang se coagule beaucoup plus vite sous son influence. Il en a eu la preuve dans deux ou trois cas où l'ergot et le cannabis avaient échoué : ce sel arrête certainement la filtration passive du sang, qui continue souvent huit ou dix jours après l'écoulement profus qu'on rencontre fréquemment dans les cas de fibromes. Il peut utilement s'adjoindre aux moyens dont nous disposons déjà pour régulariser quelques-uns de ces mauvais cas qui suivent la ménopause, et nous dispenser ainsi plus souvent de l'oophorectomie et de l'hystérectomie.

En parlant de ces médicaments spéciaux, il ne faut pas omettre les purgatifs. Ils sont de la plus haute importance dans le traitement de toutes les hémorrhagies utérines, et doivent invariablement faire partie des mesures adoptées.—*Rev. de Thérapeutique.*
R. BL.

A PROPOS DE L'AVORTEMENT, par le Dr JACOBS, (*La Policlinique de Bruxelles*, 15 octobre 1895.)

Vous serez certainement frappés, en suivant quelque peu nos cliniques, du nombre considérable de fausses couches ou avortements pour lesquels on vient réclamer nos soins. 20 à 25 pour cent des malades menacent la fausse-couche ou viennent d'en avoir une plus ou moins récemment. Si nous consultons nos observations, nous voyons que 5 à 600 malades sur 1000 ont vu ces avortements être le point de départ de leurs souffrances. L'importance de l'avortement en pathologie gynécologique ne demande pas d'autre démonstration.

Autrefois l'utérus à l'état de vacuité permettait aux praticiens toutes espèces d'investigations au moyen d'instruments plus ou moins appropriés. Mais dès que la gravidité était là, un respect immodéré pour cette organe s'emparait d'eux ; l'expectation pure et simple tenait lieu de tout traitement dans l'avortement, tant la peur de la septicémie était grande. On se permettait quelques lavements laudanisés, quelques potions au seigle ergoté et parfois (!) un tamponnement vaginal, si une hémorrhagie se produisait trop abondante. Le médecin assistait à la fausse-couche.

Dans ces dernières années, nous avons terrassé la septicémie, nous savons la prévenir, la combattre. Nous ne la craignons plus. Aussi, osons-nous attaquer les causes si nombreuses de l'avortement, essayons-nous d'enrayer la fausse-couche menaçante, tentons-nous la cure des avortements à répétition. Nos moyens thérapeutiques nous permettent enfin de rendre la santé aux malheureuses que l'on abandonnait il y a quelques années encore aux soins de la bonne nature.

Je veux simplement, dans cet entretien, vulgariser certains traitements malheureusement trop peu connus encore, mais à la portée de tous les médecins. Ce sont là des questions dans lesquelles le spécialiste n'a souvent que faire

Qu'est-ce que l'avortement ?

C'est l'interruption de la grossesse avant la viabilité du produit de la conception.

Certains auteurs ont divisé l'avortement mathématiquement :

- Avortement ovulaire, avant le 20e jour ;
- “ embryonnaire, avant le 90e jour ;
- “ fœtal, entre le 90e jour et le 6e mois.

Nous n'attacherons qu'une importance très relative à ces classifications symétriques. Retenons simplement que suivant l'époque approximative de la

grossesse, l'avortement suivra une marche différente, sous la dépendance du volume de l'œuf, de ses moyens d'attache, de l'état du col de l'utérus.

Rappelons rapidement quelques données essentielles d'embryologie pour la bonne compréhension du sujet.

L'œuf fécondé vient se loger dans les replis de la muqueuse utérine qui va le recouvrir complètement par bourgeonnement. De là 3 parties distinctes dans la muqueuse utérine : la *caduque utérine vraie*, qui tapisse les parois de l'utérus, la *caduque sérotine ou utéro placentaire*, qui sépare l'œuf de la paroi utérine, la *caduque réfléchie ou ovulaire*, qui recouvre l'œuf.

Les modifications subies par la caduque utérine pendant les 2 premiers mois sont minimes, mais dans la suite, à mesure que diminue l'espace qui sépare cette caduque de la caduque réfléchie, leur contact en surface augmente et, les adhérences s'établissant entre elles, elles finissent par ne plus former qu'une seule caduque. A partir de ce moment, si le fœtus est expulsé au dehors, la muqueuse utérine soudée à la caduque réfléchie doit être expulsée avec lui.

Lors de l'accouchement à terme la chose se produit aisément, le décollement étant complet. Il en est de même dans l'accouchement prématuré. Ici cependant il peut arriver que la caduque se déchire, s'évacue par lambeaux, et qu'il en reste quelques débris dans la cavité utérine, débris qui seront le point de départ d'infections ultérieures. Dans l'avortement, cet incident est la règle, parce que la caduque vraie est toujours adhérente à la paroi utérine et qu'elle reste toujours dans l'utérus, entière ou en partie, après l'expulsion de l'œuf. Retenue dans l'utérus, cette caduque y subit des phénomènes de régression ou est éliminée par lambeaux avec des lochies, expulsion qui peut se faire sans incidents. Mais on voit le plus souvent cette rétention devenir le point de départ d'hémorragies très inquiétantes, de septicémie ; elle entrave l'involution normale et amène les inflammations de l'endomètre, les déviations, etc., etc.

Pendant le 1er mois de la grossesse, l'avortement passe inaperçu. L'œuf n'a encore aucun point d'attache résistant. Même au moment de la fusion de la membrane vitelline avec le chorion secondaire, les villosités, quoique assez nombreuses, ne peuvent encore opposer aucune résistance à la chute de l'œuf. L'utérus par ses contractions se débarrasse aisément de ce corps étranger. Le col n'oppose aucune résistance à son passage. L'expulsion se faisant à l'époque de la menstruation, la femme croit avoir des règles plus abondantes, et le fait passe inaperçu. Au 2e mois, bien que le volume de l'œuf ait augmenté, ses moyens de résistance ne sont pas plus sérieux. Son expulsion au dehors est peut-être plus lente, parce qu'il doit se faire aux dimensions des parties qu'il doit traverser. Pendant ce temps l'hémorragie utérine est plus abondante et la femme a conscience d'avoir fait une fausse-couche. Parcourez les observations, étudiez l'anamnèse de tous ces cas ; jamais, peut-on dire, une femme ne viendra se plaindre d'une fausse-couche d'un mois. Ce sont des retards que l'on a remarqués, mais presque toujours elle nous accusera une perte à 2 mois, 2 mois et demi. Au 3e mois, les villosités choriales prédominent et s'hypertrophient à l'endroit où se formera le placenta, les attaches de l'œuf deviennent plus résistantes. Partout ailleurs les villosités choriales s'atrophient. De là des résistances variables sur la surface des membranes. Si l'utérus se contracte, le liquide va porter son effort vers la partie membraneuse de l'enveloppe, qui n'adhère pas à la caduque. S'il y a assez de résistance, il y aura expulsion en bloc. S'il y a déchirure, le liquide s'écoule au dehors entraînant l'embryon qui passe aisément par le col ; l'œuf, maintenu par les adhérences et son volume, reste enfermé dans la matrice.

De même au 4e mois, alors que le placenta est formé, si l'œuf vient à se déchirer par suite d'effort utérin, l'embryon est entraîné au dehors avec le liquide amniotique et les caillots de sang, tandis que le placenta et les membranes restent dans l'utérus, plus ou moins longtemps. Pendant cette rétention on aura à combattre les hémorragies et la septicémie possible.

Aux 5e et 6e mois, le fœtus devenant plus volumineux, dilate le col pour son :

expulsion et permet ainsi l'expulsion facile des annexes. Aussi la rétention placentaire devient-elle de plus en plus rare à mesure que s'avance la grossesse ; la fausse-couche va ressembler à l'accouchement prématuré, à part l'hémorragie qui est constante.

Si, à cette époque, il y a rétention totale ou partielle du placenta, la septi-cémie sera plus à craindre qu'à une époque moins avancée à cause de la grande surface d'absorption que présente la surface placentaire. Il faut donc toujours délivrer la patiente le plus tôt possible.

Causes prédisposantes et occasionnelles de l'avortement

En premier lieu, nous trouvons les maladies de l'œuf : membranes trop minces, altérations diverses des caduques, dégénérescences des villosités, hémorragies, œdèmes du placenta, altérations des vaisseaux du cordon ombilical, etc., aboutissant à la mort du fœtus. Disons de suite que nous sommes impuissants à atteindre ces causes par nos moyens thérapeutiques. Tout au moins pouvons-nous les prévenir en instituant un traitement spécial lorsque nous parvenons à découvrir qu'elles sont elles-mêmes sous la dépendance d'une syphilis ancienne. La syphilis produit dans les grandes villes plus d'avortements que toutes les autres causes réunies. D'après Fournier, on les remarque surtout dans les trois premières années de la maladie, et d'autant plus fréquemment que la forme est plus bénigne, qu'elle a passé plus longtemps inaperçue, qu'elle a été négligée ou ignorée. Il conseille comme traitement : 10 à 15 centigrammes de proto-iodure par jour pendant deux mois, repos de 4 à 5 semaines, reprise du traitement et ainsi de suite. On interdira la grossesse au début et le traitement sera prolongé.

J'ai pu voir des personnes arriver au terme d'une grossesse, alors qu'avant tout traitement spécial elles n'avaient eu qu'avortement sur avortement. Mais, malheureusement, combien difficile est le diagnostic ! Que de diplomatie ne faut-il pas mettre en œuvre parfois pour que les conjoints se résignent à une confession sincère.

La misère physiologique apportée par l'alimentation insuffisante et les déplorable conditions hygiéniques dans lesquelles doit vivre une certaine partie de la société, certaines intoxications professionnelles (plomb, tabac, caoutchouc) seront considérées comme causes prédisposantes de l'avortement. C'est ce que, dans la classe aisée, nous rangeons sous l'étiquette de faiblesse de constitution. Ici et là le rôle du médecin est bien indiqué : huile de foie de morue, iodure de fer, exercice modéré au grand air, alimentation saine et reconstituante, changement de profession ; aux favorisés de la fortune, les bains salins et les cures thermales.

Les affections rénales, le diabète, les affections cardiaques, etc., peuvent amener l'avortement. Leur traitement ne différera en rien de celui suivi en dehors de tout état de grossesse.

Les tumeurs utérines et les tumeurs de l'ovaire sont fréquemment cause d'avortement. Ces lésions demandent des interventions chirurgicales sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Les déplacements de la matrice en arrière, avec ou sans fixation, constituent une grande classe des causes occasionnelles. La grossesse en cours, la déviation constatée, le praticien devra mettre en œuvre tous les moyens possibles pour amener le redressement : massage, reposition dans la position génu-pectorale ou sous le chloroforme. En cas d'insuccès, j'engage les patientes à subir une laparotomie. Par une petite incision aux parois abdominales, je vais détruire les adhérences et faire la reposition séance tenante. J'ai suivi cette pratique dans sept cas et chaque fois j'ai vu disparaître les menaces d'avortements et la grossesse évoluer jusqu'à terme. La chirurgie moderne nous permet donc de sauver une vie là où autrefois l'avortement provoqué était la thérapeutique de choix. Pouvons-nous hésiter ?

La procidence de l'utérus de même que les déviations devront être corrigées, en dehors de la grossesse, par les traitements appropriés : pessaires, plastiques vaginaux et utérins. Il en sera de même de toutes les affections du col : déchirures et cicatrices douloureuses, ectropion des lèvres, endométrite cervicale. Emmet a magistralement démontré l'influence pernicieuse de ces lésions sur la grossesse et leur traitement par la trachéloraphie.

L'endométrite, pour la cure de laquelle nos devanciers conseillaient la grossesse, est parmi les causes locales, de beaucoup la plus importante. Je renvoie le lecteur aux articles que nous avons consacrés au traitement de cette infection.

Cette endométrite, le prolapsus et les déviations ne sont souvent eux-mêmes que la conséquence d'une régression incomplète de l'utérus après une grossesse ou après un avortement. Dans nos cliniques, vous avez dû voir l'importance que nous attachons toujours à cet état morbide, dénommé *subinvolution de l'utérus*. Nous ne saurions y insister assez ; sa méconnaissance est la source de bien des lésions qui demanderont plus tard des interventions sanglantes. Pour la combattre vous prescrirez l'*hydrastis canadensis*, dont nous avons constaté les brillants résultats des centaines de fois (40 à 120 gouttes par jour d'extrait fluide en 3 ou 4 doses ou toutes les heures), les injections vaginales chaudes antiseptiques, parfois les injections intra-utérines, et parfois le curettage.—*La Polycl. de Bruxelles, Arch. de Gynéc. et de Toccol.*

SUR L'ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL IMMÉDIAT PAR LES VOIES NATURELLES, CLAVERIE.—(*Accouchement forcé post mortem* (Thèse de Paris 1895).)

Une femme en état de grossesse avancée vient de mourir. Le médecin appelé auprès d'elle doit-il rester impassible à cette œuvre plus ou moins lente de mort, s'exerçant sur deux organismes concentriques, et s'il ne peut rien pour la mère, ne peut-il quelque chose pour l'enfant ?

Tel est, nettement posé dès le début, le sujet de ce consciencieux travail.

Il ne saurait y avoir aucun doute ; placé dans une telle circonstance, le médecin doit intervenir. Deux moyens se présentent à lui : l'un, l'opération césarienne, qui semble avoir toujours prédominé ; l'autre, l'accouchement forcé, qui, après un instant de vogue, paraît avoir été complètement abandonné. N'avait-il donc que des inconvénients ? n'avait-il aucun avantage ? Si on consulte à ce sujet les auteurs, tous divergent d'opinion, chacun le définit à sa manière. Qu'est-ce donc, en résumé, que l'accouchement forcé ? Clavierie en parle en ces termes : « Cette opération, qui consiste à produire immédiatement la dilatation de l'orifice utérin, afin de pratiquer le plus rapidement possible l'extraction fœtale par les voies naturelles, s'est effectuée par des procédés divers, surtout, et tout d'abord avec la main seule, puis à l'aide du bistouri incisant le col, enfin avec le secours d'instruments divers. »

L'idée première de cette intervention est due à Schenk de Graffenberg (1644) ; mais ce n'est que plus tard, après la fameuse observation de Giraudeau (1745), qui accoucha par les voies naturelles une femme jugée morte depuis deux heures et déjà à moitié ensevelie, d'un enfant qui vécut ainsi que sa mère ; ce n'est qu'alors que se produisit une certaine réaction en faveur de l'accouchement forcé. Après lui, Lebreton, Duparque, obtinrent ainsi des enfants vivants. Enfin, en Italie, Rizzoli et ses élèves se firent les propagateurs de la méthode, ce qui lui a fait donner, à tort, le nom de « méthode italienne. »

On commençait, en effet, à s'apercevoir des méfaits de l'opération césarienne. Pas plus qu'aujourd'hui on n'avait de signes certains de cessation de la vie, et le couteau du chirurgien avait fait sortir de leur sommeil plus d'une femme que l'on avait cru morte. Clavierie nous remet sous les yeux les édifiantes observations de Philippe Peu, de Bodin, de Rigal, celles du chirurgien Pénard, etc.

L'opération césarienne est une mauvaise opération : elle a grande chance

de tuer la femme si elle n'est morte qu'en apparence. Le plus souvent on intervient trop tôt, c'est-à-dire avant que la vie ait disparu du corps de la mère, ou on opérera trop tard, l'enfant ayant déjà succombé.

L'extraction du fœtus par les voies naturelles n'a pas les mêmes inconvénients, elle peut être entreprise beaucoup plus tôt que la césarienne, et elle n'a pas, même en cas de mort apparente, la terrible surprise d'un retour à la vie sous le couteau sanglant. N'a-t-elle pas, d'ailleurs, déjà fait ses preuves ? Voici, après celle de Rigaudeau, les observations de Trinchinetti, Golinelli, Rivani, Tolinnucci, Otterbourg, Finizio, qui, non seulement sauvent l'enfant, mais voient revenir à la vie la mère qu'on allait ensevelir.

Ici se pose la question de la survie fœtale, une fois la femme morte. Reimann, sur un total de 64 cas d'accouchement spontané post mortem, qu'il a rassemblés, a trouvé que 6 fois seulement l'enfant naquit vivant ; Schenk a rapporté 4 faits analogues, dans 2 l'enfant vécut. Pour Tarnier, si la mère succombe à une longue maladie, le fœtus meurt souvent avant elle ; dans toute mort accidentelle de la mère, le fœtus survit quelques instants, grâce à sa petite provision d'oxygène. Malgré quelques observations qui tendraient à faire croire que le fœtus peut vivre jusqu'à 24 heures après la mort de la femme, on admet généralement aujourd'hui que le temps de survie est très court.

Du parallèle établi par Clavierie entre l'opération césarienne post mortem et l'accouchement forcé, de la statistique maternelle, mais surtout de la statistique infantile qu'il donne, ressortent très clairement les grands avantages du second sur la première. Le manuel opératoire de l'accouchement forcé est des plus simples, la pénétration de la main dans la cavité utérine est d'une facilité surprenante chez les multipares même avant tout début de travail ; chez les primipares assez souvent on sera obligé de recourir aux incisions sur le col. Suit un dernier chapitre sur l'intervention au point de vue médico-légal où l'auteur démontre, avec faits à l'appui, combien il est important que cette intervention soit faite par un médecin.

Une observation remarquable du service de M. Pinard, où on put mettre au jour trois jumeaux vivants en pratiquant l'accouchement forcé par les voies naturelles chez une femme qui venait de rendre le dernier soupir, termine ce très intéressant travail dont voici les conclusions :

I.—A. Lebreton (1828) paraît avoir été, après Duparcqua (1823), le premier qui ait préconisé l'emploi systématique de l'accouchement artificiel pratiqué par les voies naturelles chez les femmes enceintes mortes avant tout début de travail. Il fit dans ce cas le débridement du col pour amener sa dilatation rapide. Trois ans plus tard, Heymann donnait le même conseil. Enfin Rizzoli fit accepter la méthode.

II.—Sans qu'il faille donner trop d'importance aux récits de morts apparentes concernant des femmes enceintes réveillées par le couteau de l'opérateur césarien, il n'en est pas moins certain que l'accouchement pratiqué par les voies naturelles ne compte pas de victime parmi les mères présumées mortes, et qu'on lui attribue au contraire certain nombre de retours à la vie.

III.—Le temps que l'on passe parfois à exécuter cet accouchement est largement compensé par la rapidité que l'on peut mettre à entreprendre, avant toute certitude de mort réelle, l'extraction du fœtus.

IV.—Le débridement du col peut aider à la rapide dilatation surtout chez les primipares, où cette dilatation est moins aisée en général.

V.—Les résultats pour la vitalité fœtale sont au moins égaux, sinon supérieurs, à ceux de la section césarienne.

VI.—L'accouchement artificiel par les voies naturelles doit systématiquement se substituer, toutes les fois que la chose est matériellement possible, et c'est la majeure partie des cas, à l'opération césarienne post mortem, surtout si la mort de la mère n'est pas absolument assurée.—L. M.—*J'Obstétrique.*

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL. PROCÉDÉ DU DÉCOLLEMENT DES MEMBRANES. SIMPLIFICATION DU PROCÉDÉ, KUFFERATH.—(Congrès de Bordeaux, août 1895.)

Ce procédé consiste essentiellement dans des injections faites immédiatement au-dessus de l'orifice interne du col, dans le segment inférieur de la matrice, entre l'œuf et les parois de l'utérus. On introduit la canule dans le col de façon à ce qu'elle dépasse à peine l'orifice interne, juste assez pour qu'elle soit en rapport avec les membranes. On élève de 50 centimètres le récipient qui contient de l'eau stérilisée, boriquée, et on laisse couler. A une aussi faible pression, l'irrigation ne présente aucun danger ni de déplacement de la partie fœtale ni de surdistension du segment inférieur. Les femmes supportent bien ces irrigations. Le plus souvent, deux à cinq heures après ces injections, les douleurs apparaissent et le travail se termine rapidement. Si les douleurs sont paresseuses, si le travail rétrocede, on répète les injections trois ou quatre fois dans les 24 heures.—L. M.—*L'Obstétrique*.

REVUE D'HYGIÈNE

HYGIÈNE ALIMENTAIRE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Nous sommes entrés dans la saison des chaleurs. C'est maintenant que les bébés vont mourir par centaines, dans nos villes et dans nos villages, à la suite d'entérite gastro-intestinale ou d'athrepsie. A Montréal seul, si la mortalité suit cette année la marche ordinaire, nous allons perdre le quart des enfants qui n'ont pas encore un an (Voir page 177). (1) C'est une mortalité beaucoup trop grande et qu'il nous est facile de diminuer; il suffit de bien comprendre comment la chaleur fait mourir les jeunes enfants.

En effet, les bébés aiment la chaleur; ils ne sont jamais si contents que lorsqu'on les met près d'un bon feu pour faire leur toilette, et en hiver on a soin de les couvrir de vêtements bien chauds, car ils sont sensibles au froid. Comment se fait-il, lorsque vient l'été, que la chaleur leur soit si malsaine. C'est que la chaleur humide de la saison chaude développe dans l'air, dans l'eau et dans le sol une foule de germes qui causent des fermentations, et que ces germes, introduits dans les aliments, produisent des maladies du tube digestif qui sont très dangereuses pour les bébés, à cause de leur manque de résistance. Une grande personne, grâce à sa force, peut bien au printemps avoir pendant quelques jours la diarrhée sans se sentir très malade. Mais chez le bébé, ces dérangements prennent tout de suite une grande gravité, à cause de la constitution spéciale du sujet. Aussi l'alimentation du bébé doit-elle offrir toutes les garanties possibles de la pureté la plus absolue (aseptie) si l'on veut que celui-ci passe la saison chaude sans dépérir et sans être malade. L'expérience nous prouve tous les jours qu'avec les précautions voulues, un bébé ne souffre pas du tout des chaleurs de l'été.

Cette question de l'hygiène alimentaire est d'une si grande importance dans la pratique, surtout à cette époque de l'année, que nous avons cru bien faire en consacrant toute notre *Revue d'Hygiène* de juin à l'alimentation de la première enfance, c'est-à-dire des bébés de un jour à un an.

(1) Livraison de mars 1896.

LA PHYSIOLOGIE DIGESTIVE DU BÉBÉ.—Le bébé est l'être le plus fragile qu'il y ait au monde. c'est un fœtus qui se fait enfant (PÉRIER). Il est complet au point de vue anatomique, en ce sens que l'on trouve chez lui tous les organes qui se développent plus tard, mais ce sont des organes dont la fonction est encore incomplète, dont la texture n'est pas terminée. Lancé subitement dans le monde extérieur, il lui faut continuer non seulement à vivre, mais à s'accroître, et il doit mener à bien sa croissance malgré ses organes imparfaits, à l'aide seulement de sa physiologie rudimentaire. C'est dire tout de suite qu'il a besoin d'un régime spécial, une nourriture appropriée.

Le tube digestif du bébé diffère absolument de celui de l'adulte. Il n'a pas de dents, il ne peut pas mastiquer; il faut donc que son alimentation soit liquide. Beaucoup de mères croient tourner la question en donnant de la bouillie, de la mie de pain, etc. Avant deux mois, c'est une grande erreur. La salive du nouveau-né ne contient pas de pt, aline, cette substance qui transforme en sucre les matières amylacées; le nouveau-né ne peut donc pas digérer les féculents: le pain, les farines, les pommes de terre, etc.

Il ne saurait encore moins être question de donner au nouveau-né du bouillon, du jus de viande ou de la viande même. Car si la première portion du tube digestif est incomplète, la seconde l'est encore plus. L'estomac est très petit; les muscles, à peine formés, n'impriment à l'organe que des mouvements péristaltiques très faibles; les glandes sécrétoires sont au début de leur fonction et ne fournissent que des sucs digestifs imparfaits. La muqueuse stomacale, très vasculaire, réagit sous l'influence des plus petites différences de température, de consistance et de composition des aliments. Il est donc impossible de songer à faire digérer par un organe aussi fragile des matières solides, albuminoïdes ou autres, et l'on comprend tout le soin qu'il faut apporter à l'alimentation de l'enfant.

Si l'estomac contient cependant suffisamment de suc gastrique pour que le milieu soit acide et la putréfaction ne s'y fasse pas, l'intestin est aussi suffisamment pourvu de bile pour que le milieu soit alcalin. Mais il faut bien se rappeler que les aliments ne séjournent pas dans l'intestin du bébé, incapable d'émulsionner les graisses. Aussi les selles sont-elles jaune clair et, à l'état normal, sans mauvaise odeur.

Il est déjà possible de conclure des notions précédentes que l'anatomie et la physiologie du nouveau-né exigent: 1° Que son alimentation soit liquide; 2° Qu'elle soit donnée par petites quantités à la fois, mais souvent; 3° Que cet aliment liquide renferme tous les matériaux nécessaires à la croissance, et sous la meilleure forme possible pour l'assimilation immédiate. Car, à l'encontre de l'adulte, chez qui l'assimilation et la désassimilation se font chaque jour équilibre, le nouveau-né assimile constamment et n'est pas encore organisé pour une désassimilation active. Sa nutrition, son état normal ou pathologique, est donc pour la plus grande partie le résultat de son alimentation, et il est du plus grand intérêt pour l'avenir du bébé que cette alimentation soit parfaite. Comme l'a dit un poète anglais cité par l'érier: "L'enfant, c'est le père de l'homme!"

LE LAIT EST LA SEULE NOURRITURE VÉRITABLE DE LA PREMIÈRE ENFANCE.—La physiologie digestive de l'enfant ne permet chez lui la digestion facile que d'un seul aliment liquide complet, dont les éléments albuminoïdes soient facilement assimilables: le lait. (E. PÉRIER: *Hygiène alimentaire des enfants*). Ceci résulte de la composition du lait, dont nous allons parler, de l'anatomie et de la physiologie des organes, et d'un fait bien caractéristique: l'estomac de l'enfant contient un ferment physiologique spécial, le *lab-ferment* (Hammersten) qui dédouble la caséine du lait en albumine et en caséum. Ce ferment disparaît à mesure que l'alimentation lactée diminue. La présence de sels de chaux (Hammersten, Artus, Pagès) facilite l'action du ferment.

Le lait est le type par excellence d'un aliment complet. Nous trouvons, en effet, dans sa composition chacun des principes élémentaires qui entrent dans la constitution de la cellule organisée ; et les proportions de ses principes primordiaux sont telles que ce seul aliment suffit à entretenir et à faire croître l'enfant, dont le développement est plus grand dans la première année que dans aucune autre (PÉRIER : *Loc. cit.*) L'albumine et la caséine représentent les principes albuminoïdes, le beurre y représente les graisses, et la lactose ou sucre de lait, les hydrates de carbone. Enfin les sels et l'eau qui servent de véhicule à tout cela représentent les principes inorganiques. Les sels de chaux s'y trouvent dans la proportion de 18 pour 100, et l'eau 80 pour 100. Chose à noter, la proportion de sels de chaux est à peu près la même dans le lait de femme et le lait de vache. On insiste beaucoup depuis quelque temps, aux États-Unis, sur la nécessité de ne pas diminuer cette proportion de chaux dans l'allaitement artificiel, si l'on ne veut pas exposer les enfants au rachitisme.

Le lait peut être défini : une solution aqueuse de lactose et de sels minéraux tenant à l'état d'émulsion des globules graisseux, de l'albumine et de la caséine en partie dissoute, en partie finement divisée et en suspension (PÉRIER). Les globules graisseux sont formés d'un mélange, à proportions variables, d'un grand nombre de matières grasses (margarine, stéarine, oléine, butyrine, etc.); chaque globule est entouré d'une enveloppe (membrane haptogène.) Le lait s'altère facilement. La caséine, le principal élément azoté, ne reste dissoute qu'autant que le lait demeure alcalin ou peu acide. Il suffit de 1 à 3 pour 100 d'acide lactique pour que le lait tourne, et cette précipitation est d'autant plus aisée qu'il fait plus chaud. Or, le sucre de lait se transforme en acide lactique au contact de l'air, sous l'influence du ferment lactique découvert par Pasteur. Voilà pourquoi le lait est facilement altérable ; il faut les plus grandes précautions pour le conserver pur.

LE LAIT DE LA MÈRE EST LA NOURRITURE NATURELLE DE L'ENFANT.—Ce qui domine dans le lait de femme, ce sont les éléments hydrocarbonés. Les sels et la matière azotée y sont dans une proportion moindre que dans les autres. Il est alcalin, ses globules graisseux sont plus volumineux que ceux des autres laits, enfin les principes albuminoïdes sont dans un état très tenu, ce qui en fait le type d'un lait léger et digestible.

Le lait de femme est le meilleur de tous lorsqu'il s'agit du nouveau-né, et le lait de la mère est supérieur à celui de la nourrice. Comme le disait Galien (on voit que ce n'est pas nouveau), c'est celui qui est le plus en conformité de nature avec le bébé.

Il faut mettre l'enfant au sein quelques heures après la naissance. Ces premières suctions favorisent la montée du lait ; mais si elle ne s'effectue pas avant le troisième ou le quatrième jour, au lieu de fatiguer l'estomac du nouveau-né avec de l'eau sucrée aromatisée de fleurs d'oranger, ou de le purger sans utilité avec du sirop de chicorée, il est préférable de lui donner du lait de vache stérilisé mélangé d'eau.

Il est nécessaire de régler les tétées comme plus tard les repas. Les nourrissons qu'on laisse téter au moindre cri, sans régularité ni mesure, ont des digestions imparfaites, des selles vertes, et comme ils souffrent de coliques qui les font crier davantage et que pour les calmer on les laisse volontiers suspendus au sein, il n'y a pas de raison pour que cela finisse (Périer.)

Dès la deuxième ou la troisième semaine, on mettra l'enfant au sein seulement toutes les deux heures le jour, et deux ou trois fois la nuit. Vers les trois mois, toutes les trois heures le jour et la nuit une seule fois.

À l'état normal, quand le lait vient bien, que l'enfant est fort, les tétées ne doivent guère durer plus de dix à douze minutes.

À six mois, une bouillie remplacera déjà une tétée, et l'enfant ne s'éveille plus la nuit si la réglementation de ses repas a été bien faite. Excepté quand

l'enfant dort, il ne faut pas laisser plus de trois heures entre les tétées. Au bout de deux heures, la digestion de la tétée précédente est terminée.

Il faut que la mère se fasse du bon sang, à l'aide du repos et d'une nourriture saine et fortifiante.

LE LAIT DE VACHE.—Le lait de vache est beaucoup plus concentré que le lait de femme. Il contient trois fois plus de caséine. Il est impossible de le donner pur au nouveau-né. Il faut le diluer. Voici le tableau de Périer :

AGE.	Lait.	Eau sucrée.
Première semaine.....	1 partie	3 parties
Jusqu'à un mois.....	1 partie	2 parties
Deuxième mois.....	1 partie	1 partie
Troisième et 4e mois.....	2 parties	1 partie
Cinquième mois.....	3 parties	1 partie

Il faut se rappeler que lorsqu'on ajoute à une partie de lait deux ou trois parties d'eau, on diminue la proportion de la graisse, qui devient insuffisante ; il est donc nécessaire d'ajouter de la crème. On peut y remédier d'une autre manière encore (HOLT : *The care and feeding of children*). Cette méthode est basée sur le fait que la partie supérieure du lait qui a séjourné six à huit heures dans un vaisseau contient trois fois plus de crème. On emploie donc le dessus du lait (*top milk*). Une partie de ce lait et deux parties d'eau donnent à peu près la même composition que celle du lait de femme, moins le sucre. Il faut ajouter une pleine cuillerée à thé de sucre de lait par quatre onces de liquide. On peut aussi pour diluer le lait, au lieu de l'eau ordinaire, employer la tisane d'orge, que l'on prépare de la manière suivante : Prenez deux cuillerées à soupe d'orge et une pinte d'eau. faites bouillir d'un continu pendant six à huit heures, en ajoutant de l'eau à mesure qu'elle diminue ; coulez dans un morceau de toile et ajoutez un peu de sel (Holt). La tisane d'orge empêche le lait de former de gros caillots dans l'estomac. Elle se conserve deux jours en hiver ; l'été, il faut la préparer tous les jours et la tenir sur la glace. Quant au dessus de lait, quatre onces de lait ordinaire et quatre onces de crème feront un mélange aussi riche que huit onces de dessus de lait.

Holt conseille la proportion suivante, pour un enfant de deux mois qui prend vingt-quatre onces de lait par jour :

Lait de dessus.....	8 onces.
Tisane d'orge.....	16 onces.
Sucre de lait.....	6 pleines cuillerées à thé.

Il prescrit ce mélange jusqu'à ce que l'enfant ait atteint ses huit mois, et le remplace alors par le lait et la tisane d'orge à parties égales.

Il faut autant que possible, chercher à se procurer du bon lait. Tous les laits n'ont pas la même qualité ; elle dépend en grande partie de la manière dont la vache est élevée et nourrie. Le meilleur lait est celui qui provient d'animaux de bonne race vivant en pleine liberté, et le plus mauvais celui des malheureuses vaches enfermées dans les étables des villes. Le lait est souvent falsifié. On remplace une partie de la crème, par de l'eau ; on introduit des matières colorantes (caramel, carottes et oignons torrifiés) ; on mêle au lait de la décoction de son ou de diverses farines, de la gélatine, de la gomme, du jaune d'œuf, de la cervelle de mouton, afin de lui rendre l'onctuosité qu'on lui a ôtée en enlevant

la crème ; pour relever le goût devenu fade, on ajoute du sucre, du sel, de la dextrine, du blanc d'œuf qui lui rend l'albumine et le fait mousser. On peut découvrir ces falsifications par l'analyse, mais il faut bien dans la pratique ordinaire se fier aux fournisseurs.

Le lait offre souvent un danger bien plus grand encore. Il est envahi par des micro organismes qui l'altèrent et le coagulent, ou par des germes de maladies (phtisie, fièvre typhoïde, choléra, etc.) qui y conservent leur virulence et peuvent devenir une source de contagion. Ceci est bien plus grave que la facilité avec laquelle le lait s'altère. Aussi il est inutile d'essayer à conserver le lait par les antiseptiques, le froid, etc., il faut écarter tout danger en détruisant les germes qu'il contient et en le mettant à l'abri de l'air.

LA STÉRILISATION DU LAIT.—Tout le monde admet aujourd'hui que l'air contient des germes qui, en contact avec le lait, le font sùrir, que le lait lui-même peut renfermer des germes qui lui viennent de la vache malade (phtisie), qu'enfin l'eau que l'on met dans le lait ou les vaisseaux dans lesquels on le conserve peuvent lui apporter les germes de plusieurs maladies (fièvre typhoïde, choléra, scarlatine). Pour que le lait se conserve bien, pour qu'il soit une nourriture saine, il est donc de la première importance de détruire les germes qu'il contient par la chaleur. C'est ce qu'on appelle stériliser le lait. Cette stérilisation est toujours nécessaire et durant les chaleurs indispensable.

La stérilisation du lait par la chaleur doit remplir deux conditions : 1o la température doit être assez forte pour tuer tous les germes ; 2o il ne faut pas que le lait bouille, car il perd alors de ses qualités nutritives et est mal digéré par l'enfant. Par l'ébullition, il se forme à la surface du lait une pellicule solide qui contient, d'après l'analyse de Stadeler, 15.87% d'azote, c'est-à-dire la proportion que renferme l'albumine, et une couche solide tapisse le fond du vase. Cette couche, qui contient environ moitié de son poids de matière grasse et le quart de substances albuminoïdes, brûle facilement et communique un goût désagréable au lait (CORNEVIN, *De la production du lait*). C'est donc principalement l'albumine du lait qui est altérée par l'ébullition, et ce procédé simple de stérilisation doit être évité ; il vaut mieux recourir aux deux méthodes que nous allons décrire.

Les deux principaux procédés de la stérilisation du lait sont la *pasteurisation* et la *stérilisation* proprement dite. Ils diffèrent l'un de l'autre par le degré de chaleur ; le lait chauffé au bain marie pendant 30 minutes à 170° F. est pasteurisé, il est stérilisé si l'on porte la température à 212° F. (température de l'eau bouillante).

Pasteurisation.—On chauffe le lait au bain marie à environ 70° C. ou 170° F., on le maintient à cette température pendant trente à quarante minutes, puis on le refroidit *brusquement* à 10° ou 12° C. Les avantages de cette méthode sont d'éviter le goût désagréable du lait cuit, de détruire presque tous les germes adultes, d'empêcher la formation d'acide lactique et de retarder le moment de la coagulation. Mais la pasteurisation a pour inconvénients de ne pas détruire les germes tuberculeux ni les spores ou jeunes cellules, et de n'être efficacement praticable que dans les établissements spéciaux (ROUVIER, *le lait*.)

Stérilisation.—La stérilisation s'obtient en soumettant le lait pendant quarante-cinq minutes à l'action de l'eau bouillante (ROUVIER, *loc. cit.*) Cette méthode a pour inconvénients de brunir le lait lorsqu'il est fortement alcalin (altération de la caséine) et de lui donner une saveur de cuisson (Duclaux.) Mais d'un autre côté, le lait se conserve bien et longtemps, est suffisamment stérilisé et de digestion assez facile. C'est une méthode facilement applicable à la maison.

LA STÉRILISATION DU LAIT DANS LES FAMILLES.—Les procédés habituels de la stérilisation du lait donnent au liquide une saveur de lait cuit,

ce qui dérange souvent la digestion des enfants. Soxhlet, de Munich, est l'auteur d'un procédé simple, rapide et efficace qui remplace l'intensité de la chaleur par sa durée d'action et conserve au lait sa saveur. C'est le procédé que l'on cherche à appliquer dans la plupart des appareils stérilisateurs du commerce. Sa mise en pratique est très facile à la maison. Voici les conseils que donnait l'année

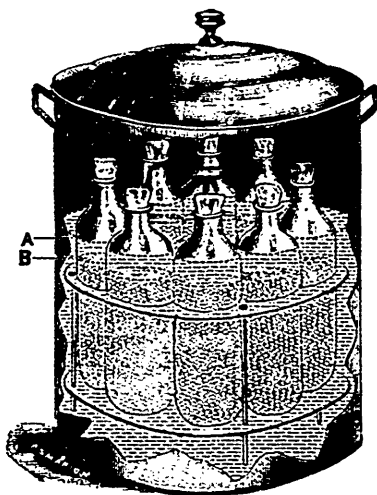


Fig. 1.

STÉRILISATEUR (procédé Soxhlet).

A. Niveau de l'eau dans la chaudière.

B. Niveau du lait dans les bouteilles.

— Les bouteilles sont bouchées avec de la ouate stérilisée.

dernière sur ce sujet le Prof. Russell, le bactériologiste de la ferme expérimentale du Wisconsin (*The Sanitary Inspector*, July 1895) :

1^o N'employez pour la stérilisation que du lait frais.

2^o Mettez ce lait dans des bouteilles bien nettes, que vous emplirez toutes au même niveau. Placez ces bouteilles dans une chaudière de fer blanc à fond plat, et emplissez-la d'eau chaude jusqu'au niveau du lait. Un plat à tarte percé de trous et renversé sur le fond de la chaudière empêchera les bouteilles de danser.

3^o Chauffez jusqu'à ce que la température atteigne 160° F. puis enlevez la chaudière du poêle, couvrez-la et laissez-la refroidir pendant une demi heure.

4^o Enlevez alors les bouteilles de lait, refroidissez-les aussi rapidement que possible sans exposer les bouteilles à se briser et placez les dans le réfrigérateur.

Ce procédé donne la pasteurisation du lait. Nous conseillons à nos lecteurs de mettre le thermomètre de côté et de laisser simplement bouillir l'eau pendant trois quarts d'heure ; le lait sera tout aussi bon, car il ne bouille pas, et de plus stérilisé. Le Dr Périer, de Paris, donne à ses clients les conseils pratiques qui suivent : Ne mettez dans chaque bouteille que la quantité de lait suffisante pour un repas de l'enfant ; la chaudière contiendra autant de bouteilles que l'enfant boira de fois dans les vingt-quatre heures. Bouchez chaque bouteille avec de la ouate stérilisée, et quand la stérilisation est finie, bouchez les pardessus la ouate avec un bouchon de liège ou de caoutchouc. Les bouteilles qu'on emploie doivent être de la propreté la plus méticuleuse.

Le lait stérilisé par ce procédé de Soxhlet conserve une saveur agréable et offre toutes les garanties voulues de pureté. Il est facile de voir que l'on peut le mettre en pratique dans la famille, avec les ustensiles ordinaires que l'on

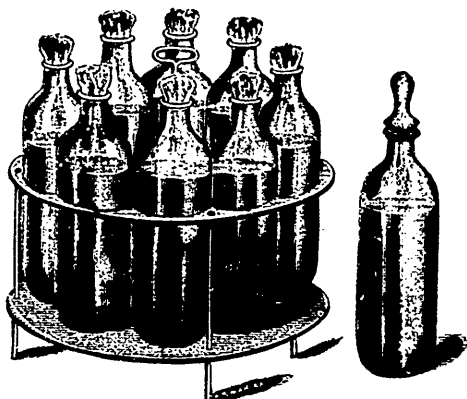


Fig. II.

Après la stérilisation, les bouteilles et leur support sont déposés dans un endroit frais. Il est essentiel que la ouate ne soit pas mouillée; autrement, il vaut mieux la remplacer par un bouchon en caoutchouc. On voit à droite une des bouteilles coiffée d'une tétine.

trouve dans la cuisine. Les stérilisateur du commerce sont aussi très simples et ne coûtent pas cher.

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL AU BIBERON.—L'aliment qui est le plus en conformité de nature avec l'enfant, disait GALIEN, c'est le lait de sa mère. Mais il arrive souvent, pour une raison ou pour une autre, que la mère ne peut pas ou ne peut plus nourrir son enfant. Il faut pratiquer alors l'allaitement artificiel au biberon, qui est de beaucoup préférable à la tasse ou à la cuiller en obligeant l'enfant à pratiquer des suctions qui graduent l'ingestion du lait. L'allaitement artificiel, qui, nous le répétons, n'est qu'un expédient, donne encore

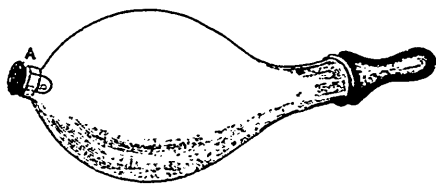


Fig. III.

Biberon modèle.

A.—Bouchon qu'on enlève pour le nettoyage.

des résultats satisfaisants quand il est bien conduit. Il est devenu moins meurtrier depuis l'usage du lait stérilisé.

Toutes les précautions que l'on peut prendre pour la stérilisation du lait et les soins à donner au bébé deviennent inutiles si le biberon et la tétine ne sont pas absolument aseptiques, c'est-à-dire d'une propreté complète. Il est important de choisir un biberon qui n'ait pas d'angles à son intérieur, qui se nettoie facilement. On le lave à l'eau bouillante avant et après chaque tétée. Ce qui vaut encore bien mieux, c'est d'employer dans son stérilisateur des bouteilles sur les

quelles on puisse adopter une tétine au moment de faire boire l'enfant. (Voir fig. II). A l'heure du repas, on prend un des flacons, on le réchauffe à la température du corps au bain-marie, on remplace le bouchon par une tétine, et tout va bien.

Pour rien au monde il ne faut employer sur le flacon ou le biberon ces longs tubes en caoutchouc si communs autrefois; ils sont trop difficiles à nettoyer. Le fait est qu'il est impossible de les tenir aseptiques. Dans certains pays d'Europe, leur usage est défendu par la loi: c'est une cause de mort chez les enfants. La tétine elle-même demande des soins méticuleux. Il est nécessaire que son col soit large, afin de pouvoir la nettoyer en dedans comme en dehors en la retournant sur le doigt. Après chaque tétée on la lave à l'eau bouillante, puis on la met dans une tasse d'eau boriquée à 40°. On la lave de nouveau à l'eau chaude avant de s'en servir. Les tétines en caoutchouc blanc contiennent du plomb.

Le lait doit être donné avec la même régularité que les tétées. Il est préférable de diluer le lait et d'y ajouter de la crème avant de le soumettre à la stérilisation. On doit nourrir le bébé toutes les deux heures durant le jour et deux fois durant la nuit, ce qui fait dix repas dans les vingt-quatre heures. A six semaines, on laisse écouler deux heures et demie entre chaque repas, et trois heures quand le bébé a atteint ses trois mois. Il est inutile de nourrir un bébé plus fréquemment, car il faut donner à son estomac le temps de digérer et de se reposer entre chaque repas; autrement, on a des vomissements et de l'indigestion. Voici, d'après Holt, la table des repas d'un bébé en bonne santé, jusqu'à un an :

TABLE DES REPAS D'UN ENFANT EN BONNE SANTÉ (Holt).

AGE	Nombre des repas.	Intervalles entre les repas durant le jour	Repas de nuit (10 P. M. à 6 A. M.)	Quantité de lait à chaque repas.	Quantité dans les 24 hrs.
1 semaine.....	10	2 heures	2	1 once	10 onces
2 à 3 semaines.....	10	2 "	2	1½ "	15 "
4 semaines.....	9	2 "	1	2½ onces	20 "
6 ".....	8	2½ "	1	3 "	24 "
3 mois.....	7	3 "	1	4 "	28 "
5 ".....	6	3 "	—	5½ "	33 "
6 ".....	6	3 "	—	6 "	36 "
9 ".....	5	3 "	—	7½ "	37½ "
12 ".....	5	3 "	—	8 "	40 "

La régularité dans les repas est une des principales causes de la bonne santé d'un bébé; il faut lui en faire prendre l'habitude dès la première semaine de son existence en le nourrissant à la même heure et le couchant à la même heure. Les premiers jours, il faut quelquefois réveiller le bébé pour le nourrir, mais la régularité de ses repas l'habitue bientôt à s'éveiller pour ainsi dire à la minute. Sa digestion sera parfaite; il n'aura pas de coliques, ne vomira pas, ne criera pas et engraissera rapidement. Il sera la gloire de la famille et le triomphe de l'hygiène.

Couperose.

Résorcine	1 gramme
Ichtyol	3 grammes
Collodion riciné	30 "

Usage externe.—Badigeonner les surfaces congestionnées, avec un pinceau, pendant trois jours consécutifs.—*Petrini de Galatz.*

REVUE DE PÉDIATRIE

Sous la direction du docteur ISAÏE CORMIER,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

ÉTUDE SUR LE LAIT DE FEMME, par JOHANESSEN. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1895, vol. XXXIX, p. 380.—Ces recherches, qui ont été faites sur 25 personnes âgées de 20 à 46 ans, du premier au treizième mois d'allaitement, primipares ou multipares, ont donné les résultats suivants :

La proportion de substances albuminoïdes du lait a été dans tous les cas de 1 p. 100 en moyenne avec des variations allant de 0,6 p. 100 à 2 p. 100. La quantité totale d'azote par 100 centim. cubes de lait variait de 13 à 23 centigrammes. La proportion de graisse était très variable et allait de 0,63 p. 100 à 6,65 p. 100, de même la proportion de sucre qui a varié entre 2,55 p. 100 et 9,77 p. 100.

D'une façon générale on a pu constater que la proportion d'albumine augmentait quand celle du sucre diminuait, et inversement une diminution de la proportion d'albumine avec une augmentation de celle du sucre. Dans plusieurs cas les mêmes rapports existaient entre le sucre et les graisses.

L'influence de la tétée se manifestait par une diminution de la proportion de sucre et une augmentation de la proportion de graisse. Les substances albuminoïdes ne subissaient aucune modification.

La proportion d'albumine atteint un maximum pendant les six premiers mois d'allaitement (1,192 p. 100), elle tombe ensuite pendant les six mois suivants (0,989 p. 100) et diminue encore plus tard (0,907 p. 100).

La proportion de graisse subit également des variations, mais irrégulières: elle est de 3,28 p. 100 pendant les six premiers mois, de 2,86 pendant les six mois suivants, de 3,79 p. 100 après la première année. La proportion de sucre augmente très légèrement avec la durée de l'allaitement.

Le lait est plus riche en albumine, en sucre et en graisse chez les primipares que chez les multipares. Chez les premières, la proportion de ces trois substances réunies est de 9,67 p. 100, chez les secondes elle est de 8,56 p. 100.

Le lait des femmes de 20 à 25 ans est le plus riche en graisse, celui des femmes de 25 à 30 ans est le plus riche en albumine. Le lait le plus riche en sucre est celui des femmes au-dessus de 30 ans.

Les blondes fournissent un lait plus riche en sucre et en graisse et plus pauvre en albumine que celui des brunes.

L'alimentation de la femme exerce une influence très médiocre sur la composition du lait. Toutefois des femmes mal nourries (nourriture amyliacée) fournissent un lait plus pauvre en albumine et en sucre et plus riche en graisses que le lait des femmes bien nourries.—*Revue des mal. de l'Enfance.*

SUR LA STÉRILISATION DU LAIT, par RODET. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, XVI, No 12. L'utilité de la stérilisation du lait n'est plus discutée. Baire que dénommés saprophytes, les microbes des fermentations n'en sont pas moins la cause des accidents gastro-intestinaux des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel. Quant à l'abondance de ces microbes dans le lait, les chiffres de M. Rodet en donnent une idée. Il a trouvé, par centimètre cube, de 330,000 à 2,000,000 de germes cultivables sur gélatine, dans un lait de

bonne provenance, examiné à domicile. D'autre part, pour ce qui est de la rapidité de la pullulation des microbes dans ce liquide, un flacon de lait stérilisé, qui ne donnait aucune colonie sur gélatine, est partiellement consommé par un nourrisson, puis conservé à la température de la chambre, sans avoir subi d'autre contact que celui de la tétine et de la bouche du nourrisson. M. Rodet l'analyse après douze heures et il y trouve, par centimètre cube, 200,000 germes cultivables sur gélatine.

La stérilisation du lait par la chaleur est, de beaucoup, la méthode la plus employée. On sait qu'elle se réduit à trois procédés principaux :

1° La stérilisation proprement dite, obtenue par des températures de 110 à 120° C. C'est le seul moyen de tuer tous les germes et de conserver longtemps le lait ;

2° La pasteurisation ou chauffage à 75° C. ou 80°, qui, tout en respectant les espèces résistantes, supprime cependant les microbes pathogènes proprement dits et retarde la fermentation du lait ;

3° Le procédé intermédiaire aux deux précédents, qui emploie la température de 100° C. environ.

M. Rodet fait observer que ce troisième procédé, qui est le procédé banal, à la portée de tout le monde, a une puissance de stérilisation en rapport avec la durée de son application. Néanmoins, une ébullition du lait, même courte, suffit largement contre les microbes pathogènes et contre les ferments acides.

Les avantages considérables de la stérilisation du lait par la chaleur ne sont pas sans quelques inconvénients. Le principal est la couleur brune que prennent certains laits stérilisés et qui offense l'*œil* du consommateur. Elle ne se produit généralement, il est vrai, que lorsque l'ébullition à 100° C. a duré plus de 30 à 35 minutes. Un inconvénient plus sérieux est le changement de saveur. M. Rodet a constaté que le chauffage peut imprimer trois saveurs différentes au lait, à savoir le goût de cuit proprement dit, quand le lait a bouilli à l'air libre ; une saveur et surtout une odeur aromatiques, nullement désagréables, quand le lait est chauffé dans les flacons par le bain de vapeur à 100° C. ; enfin, un goût de ranci, quand, après le chauffage à 100° C. au bain de vapeur, le lait est conservé un certain temps dans une étuve.

Il est vrai que, désagréables pour des palais d'adultes, ces saveurs altérées paraissent assez indifférentes aux nourrissons.

A retenir pour la pratique courante, que dans l'ébullition à l'air libre, la pellicule qui se forme à la surface emprisonne une certaine quantité de crème. Or, comme on élimine généralement cette pellicule au moment de la consommation et qu'elle l'est nécessairement dans l'administration du lait par le biberon, on comprend l'inconvénient qui en résulte au point de vue de la valeur nutritive du lait. Cet inconvénient est à peu près supprimé dans l'ébullition en flacons, au bain de vapeur ou dans l'eau bouillante (système Soxhlet).

M. Rodet se déclare partisan du lait stérilisé. Il lui paraît démontré que, sinon le lait bouilli proprement dit, du moins le lait préparé suivant la méthode de Soxhlet, possède pour les nourrissons une valeur digestive au moins égale à celle du lait cru ; et que lorsqu'il s'agit du lait des villes, consommé plus ou moins longtemps après la traite, le lait bouilli ou stérilisé présente une très grande supériorité.

Mais le lait bouilli ou stérilisé a-t-il la même valeur nutritive que le lait cru ? On sait que certains auteurs ont répondu par la négative, tout en reconnaissant une digestibilité plus grande au premier qu'au second. M. Rodet tire de ses expériences cette conclusion qui si l'objection était fondée—ce qui ne lui paraît nullement démontré—la différence ne pourrait être que très minime.

Le parallèle que M. Rodet établit, en terminant, entre les divers procédés de stérilisation du lait par la chaleur, aboutit, en somme, aux déductions suivantes, suffisantes pour la pratique :

1° Méthode intensive—Purement industrielle ; altère au maximum la cou-

leur et la saveur du lait; nécessaire seulement quand le lait doit être conservé très longtemps;

2° Pasteurisation.—Praticable seulement dans l'industrie ou dans un grand hôpital; excellente pour les adultes; insuffisante pour les nourrissons;

3° Ébullition ordinaire.—Stérilisation très suffisante pour les adultes bien portants; inconvénient du goût de cuit (qui n'existe pas avec la pasteurisation);

4° Ébullition avec des bouilleurs spéciaux.—Stérilisation beaucoup plus parfaite, mais réduction plus ou moins considérable du volume et saveur plus altérée encore;

5° Méthode Soxhlet.—Quand les conditions techniques sont bonnes, stérilisation parfaite sans les inconvénients cités plus haut;

6° Enfin, si on veut se contenter de l'ébullition ordinaire, ou si on ne peut faire mieux, alors, pour les nourrissons toujours, faire bouillir le lait le plus tôt possible après la livraison; sans prolonger l'ébullition, sans laisser séjourner sur le feu, le répartir immédiatement dans des flacons extrêmement propres, rincés à l'eau bouillie, dont chacun représentera un repas et qui seront conservés au frais, bouchés ou couverts jusqu'au moment de la consommation. Par conséquent, ne se fier à ce procédé que lorsqu'on a à sa disposition du lait très frais.

L'auteur indique, avec tous les détails nécessaires, certains perfectionnements qu'il a apportés à la méthode de stérilisation de Soxhlet. (*Bull. méd.*)

Rev. des mal. de l'Enfance.

REFLEXIONS SUR LA STATISTIQUE DU TUBAGE A L'HOPITAL TROUSSEAU PENDANT L'ANNEE 1895, par le docteur Valdemar DAMM, de Copenhague.

Au cours du voyage que nous avons entrepris pour étudier spécialement le traitement de la diphtérie dans les hôpitaux de Paris, nous avons eu la bonne fortune de trouver auprès de M. le docteur Variot, chef du service de la diphtérie de l'Hôpital Trousseau, l'accueil le plus cordial et les plus grandes facilités de travail.

M. Variot a mis à notre disposition la collection importante de ses observations de diphtérie et nous avons pu y consulter plus de deux cent cinquante cas de tubage.

D'ailleurs nous avons pu, grâce à son amabilité, nous exercer à l'intubation, dans son service.

C'est donc avec une certaine compétence que nous venons exposer les conclusions que nous ont suggérées la lecture des documents et notre pratique personnelle, laquelle remonte à cinq mois.

Du 25 décembre 1894 au 25 décembre 1895 on a fait au pavillon Bretonneau dans le croup 231 tubages dont 48 avec trachéotomie consécutive; 130 malades ont guéri, soit 56 0/0.

Dans 32 cas, la trachéotomie a aussitôt suivi une tentative infructueuse de tubage et 18 malades sont trachéotomisés sans essai de tubage.

En tout 281 interventions avec 149 guérisons, soit 53 0/0.

De 122 malades, qui ont guéri après le tubage sans trachéotomie consécutive, 78 n'ont été tubés qu'une fois, 20 deux fois, 6 trois fois, 5 quatre fois, 3 cinq fois 3 respectivement six, sept et neuf fois; pour les 7 autres, le nombre des tubages n'est pas marqué.

Quant à la durée du tubage, nous trouvons, que sur 113 malades (neuf cas étant sans aucune annotation), 86, c'est-à-dire les trois quarts ne sont tubés que trois jours au moins; parmi ces 86 cas, 3 malades ne sont tubés que quelques minutes, 6 le sont moins de vingt-quatre heures, 20 un jour, 42 deux jours et 15 trois jours. Les autres 27 cas se distinguent ainsi: 8 tubés pendant quatre jours, 10 de cinq à sept jours, 6 de huit à quatorze jours et 3 de quinze à dix-sept jours.

En moyenne, les malades sont tubés pendant trois jours.

Accidents pendant le tubage et essais infructueux du tubage.

Parmi les 263 malades auxquels on a pratiqué le tubage, deux enfants refusent d'ouvrir la bouche et résistent à tous les efforts du médecin pour leur écarter les arcades dentaires.

Dans 20 cas, l'introduction du tube est impossible; comme cause, on a dans un cas seulement l'œdème de la glotte, dans les autres cas, rien n'est noté. Dans un cas, on produit une fausse route sous la peau, à travers le ventricule du larynx. Chez 25 malades, après le tubage, l'asphyxie augmente ou la respiration s'arrête complètement; on suppose un refoulement des fausses membranes et on pratique le détubage. 21 d'entre eux sont trachéotomisés d'urgence, le détubage n'étant pas suffisant.

En somme, 48 échecs de tubage sur 253 cas ou 18 0/0.

Accidents et complications après l'opération.

L'expulsion du tube a eu lieu chez 40 sur 231 tubés, soit dans la proportion de 17 0/0. Cinq malades expulsent le tube deux fois, trois fois et un cinq fois.

Le tube n'est obstrué que dans neuf cas. On était obligé de retuber 6 enfants aussitôt après l'expulsion; chez deux malades, le retubage d'urgence a eu lieu deux fois et chez trois, même trois fois. 4 autres malades sont trachéotomisés immédiatement après le détubage spontané.

C'est-à-dire, chez 10 malades, et après 18 détubages spontanés, une nouvelle intervention immédiate était nécessaire.

9 enfants ont avalé leur tube sans inconvénients.

Sur 54 tubes (23 0/0 des cas), une obstruction du tube provoque un accès de suffocation, qui nécessite dans 23 cas le détubage immédiat et dans 31 cas, la trachéotomie aussitôt après le détubage. Chez neuf tubés l'obstruction a eu lieu deux fois, chez un trois fois.

De 231 tubés, 48 ou 20 0/0 sont trachéotomisés après un temps plus ou moins long de détubage; 8 d'eux ont guéri, soit 16 0/0.

Dans 31 cas, la trachéotomie est faite sans délai, après obstruction du tube et détubage, sans amélioration de l'asphyxie.

Dans 7 cas, on signale comme indication pour la trachéotomie, la persistance de l'asphyxie après détubage, produite par le refoulement des fausses membranes par le tube.

Dans 4 cas, c'est la persistance de l'asphyxie après l'expulsion du tube.

Dans 4 cas, c'est un essai infructueux de retubage. Dans 1 cas, un essai infructueux de détubage et dans 1 cas, on pratique la trachéotomie après qu'on a produit une fausse route avec le tube.

De 67 malades, morts après tubage sans intervention ultérieure, 49 sont autopsiés, on trouve dans 20 cas: 67 0/0 des foyers plus ou moins étendus de broncho-pneumonie; dans 9 cas trachéite et bronchite pseudo-membraneuse; dans 3 cas, pneumonie lobaire; dans un cas, gangrène pulmonaire, un cas de tuberculose pulmonaire et un de méningite tuberculeuse (non compris deux cas de tuberculose des ganglions médiastinaux, associée à une bronchite pseudo-membraneuse) et dans 4 cas seulement, diphtérie pseudo-membraneuse du pharynx et du larynx.

Quant aux ulcérations laryngées dues au tubage, parmi 49 autopsies après tubage et 36 après trachéotomie consécutive, on signale dans 8 cas, c'est-à-dire 10 0/0, une érosion presque constante de la grosseur d'un petit pois, sur la ligne médiane antérieure du larynx, laquelle met à nu le cartilage cricoïdien. Dans un des huit cas, on trouve deux autres érosions à côté de celle de la ligne médiane, et dans un autre cas encore, une érosion comme un coup d'angle, au niveau du genou de l'épiglotte, correspondante à la tête du tube. Dans aucun cas, on ne trouve d'ulcérations plus profondes ou de rétrécissements du larynx.

Les malades avaient été tubés, 6, une fois, 1, trois fois, et 1 quatre fois, et la durée du tubage avait été dans un cas, d'un jour, dans un cas, deux jours, dans 3 cas, de 5 à 6 jours et dans 2 cas, de 9 jours.

En présentant au public cette statistique du tubage qui, par le nombre des cas est, à notre connaissance, la plus complète de toutes celles qui ont été publiées depuis la découverte de la sérothérapie, nous nous permettons d'examiner le plus ou moins de fondement que peuvent avoir les quelques protestations soulevées par la prépondérance absolue du tubage d'O'Dwyer sur la trachéotomie, dans le traitement du croup.

On dit généralement, que le tubage est une opération facile. Il est vrai que la plupart des commençants apprennent très vite la technique de l'opération et nous avons été assez heureux nous même, pour réussir du premier coup, après quelques essais sur des cadavres.

Mais nous ne devons pas nous dissimuler qu'un opérateur peu exercé est exposé à échouer assez souvent dans l'introduction du tube. Au pavillon Bretonneau, nous avons constaté de visu, pendant le mois de février, que les internes de l'hôpital se trouvaient parfois dans l'impossibilité d'introduire le tube, et étaient obligés de faire appel au monteur de tubage, notre ami, M. Bayeux, qui excelle dans cette opération. M. Bayeux pense que l'on peut toujours réussir l'application du tube, même quand le spasme de la glotte augmente les difficultés, mais il ajoute :

“ Il est très facile, lorsqu'on s'est bien exercé à tuber correctement, avec douceur sur le cadavre, de pratiquer l'opération sur le vivant. Mais entre réussir un tubage, et être sûr de *toujours* le réussir, il y a un abîme ; car à côté de l'opération en elle-même, simple action manuelle à apprendre et à répéter, il y a les malades qu'on opère, il y a les larynx si divers de forme, de résistance, de conditions actuelles, il y a enfin une foule de surprises tenant au sujet et à l'état clinique de son larynx.

“ Le tubage dans ces conditions, et c'est, en somme, ainsi qu'il faut s'y préparer, nécessite une éducation manuelle et clinique très sérieuse.”

Pour atteindre et garder cette habileté, ce tour de main, pour ainsi dire, il faut avoir pratiqué une certaine quantité de tubage, ce qui n'est à la portée que d'un nombre très restreint de médecins.

L'opérateur peut échouer, par le fait d'avoir pris un tube d'un calibre trop grand pour la glotte ; en se basant exclusivement dans le choix du tube, sur l'âge de l'enfant, sans tenir compte de sa taille ; mais on constate que dans les 25 cas de non réussite au Pavillon Bretonneau, on a dans plusieurs cas, essayé différents calibres, sans résultat, et que pour un seul on a pu en attribuer la cause à l'œdème de la glotte

Rappelons-nous en outre, qu'il a été impossible de déserrer la bouche de deux enfants, qu'un de ces deux tombait en syncope quand on essayait d'introduire l'écarteur et mourut, malgré la trachéotomie immédiate et qu'en introduisant le tube à un troisième, on a produit une fausse route. A la fin, nous attirons l'attention sur un cas où l'enfant meurt pendant les essais d'introduction du tube, la trachéotomie d'urgence étant impuissante (Observ. IV).

Ces échecs ne peuvent pas être imputés à l'opération, mais il n'en est pas ainsi dans les cas où l'enfant ne se trouve pas soulagé une fois le tube laryngien introduit.

Dans la majorité des cas, l'enfant est immédiatement, ou à peu près, soulagé par le tubage, après ou sans l'expulsion d'une fausse membrane ; il commence à respirer librement et, en quelques minutes, son aspect est transformé, le visage et les traits redeviennent normaux. Mais quiconque a assisté à quelques tubages, connaît le cas où l'enfant cesse complètement de respirer après l'application du tube et devient de plus en plus évanoué. Il est vraisemblable que ces insuccès immédiats du tubage sont dus au refoulement des membranes laryngo-trachéales et que les exsudats membranoux sont comme bourrés dans la trachée,

obstruant entièrement l'orifice du tube (Variot). Si l'enfant ne respire plus, même avec toute espèce d'excitation dans le but de provoquer le mouvement respiratoire, on doit tout de suite retirer le tube par le fil. (qu'on ne garde pas pour cela d'ailleurs). M. Variot a même relevé des cas, où on était forcé de trachéotomiser des enfants sans prendre le temps de retirer le tube. Quand on a retiré le tube, et que l'asphyxie persiste, on a cherché à provoquer la toux en faisant usage de la respiration artificielle, des pressions sur les parois du thorax. Si l'asphyxie alors cesse, la membrane étant rejetée, le retubage n'est pas de rigueur, mais malheureusement, la guérison par cet "écouvillonnage" est l'exception.

Si, au contraire, l'extraction faite, l'enfant ne se trouve pas soulagé, doit-on retuber et combiner le retubage avec des injections intratrachéales d'huile mentholée, ou même comme M. Martin (1) le conseille, répéter les détubages et retubages aussi longtemps que l'enfant supporte ces excitations, et garde assez de force pour rejeter les fausses membranes? Nous ne le croyons pas.

Journ. de Clin. et de Thér. infantiles.

(1) Bulletin médical, déc. 95.

CLIENTÈLE À CÉDER.

Un médecin de 33 ans de pratique, dans un joli village des Cantons de l'Est, vendra une jolie maison et sa clientèle.

S'adresser à

A. N. BRODEUR & C^{IE},

1525 rue Ste-Catherine,

Montréal.

MARIAGE

ROBERGE-McCONNELL.—A Montréal, le 14 avril dernier, David Roberge, M. D., de Saint-Barthélemi, à Mademoiselle Almira McConnell.

DÉCÈS

LEBLANC.—A Sainte-Marie, comté de Kent, le 9 de mai dernier, le docteur Clément O. Leblanc.

FORMULAIRE

Intoxication par l'alcool :

Les formes variées de l'intoxication par l'alcool nécessitent un traitement approprié à chacune d'elles.

A.—L'ivresse :

L'ivresse simple n'exige pas l'intervention médicale.

Ivresse sérieuse.—Provoquer le vomissement. Repos horizontal dans une chambre bien aérée ; éviter le refroidissement (dangereux). Thé, café, ammoniaque liquide, éther (X à XII gouttes dans un verre d'eau), eau vinaigrée, acétate d'ammoniaque (2 à 4 scrupules en potion).

Ivresse grave.—(Individus ivres-morts). Ventouses sèches sur le thorax en grand nombre, sangsues aux apophyses mastoïdes, glace sur la tête pour contrecarrer les congestions. Boules d'eau chaude, ou cataplasmes de farine de lin, saupoudrés de moutarde, sur les membres inférieurs, pour réchauffer le malade. Injections hypodermiques d'éther. Tractions rythmiques de la langue (Laborde) au besoin.

B.—Le délire alcoolique simple :

Le délire simple, sans fièvre, guérit de lui-même quand on supprime le poison.

Activer l'élimination du poison par des boissons diurétiques données en abondance. Stimuler ensuite la digestion par des tisanes amères : quassia-amara, gentiane, colombo, houblon. Régime lacté.

Purgatifs salins, éméto-cathartiques, lavements suivant les indications.

Traiter l'insomnie par les bains tièdes (eau froide sur la tête), ou par le bromure de potassium (45 grains) donné au repas du soir et suivi deux heures après du chloral (30 à 45 grains).

Repos et suppression des abus par les bons conseils ou la séquestration. Prévenir l'acheminement vers la dipsomanie

C.—Le delirium tremens fébrile :

Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage. Trois indications.

1° *Protéger le malade.*—Séjour au lit. Surveillance de jour et de nuit. Éviter la fixation sur le lit et la camisole : elles exposent aux congestions pulmonaires. Quand l'agitation est extrême, garder le malade revêtu nuit et jour du *maillot* (veste et pantalon cousus ensemble) ; il conserve la température du corps et ne gêne pas la circulation. Chambre matelassée.

2° *Favoriser l'élimination du poison.*—Par suite de l'agitation, la transpiration et la respiration sont très actives : c'est déjà un appoint ; ouvrir la troisième voie d'élimination, les reins, par les boissons diurétiques (lait, bouillon, limonades) données en abondances.

3° *Soutenir et relever les forces*.—Ceci s'adresse surtout à l'épuisement qui suit l'agitation. Nourriture appropriée : lait, bouillon, chocolat, œufs, laits de poule, viande hachée, café, etc. Pour calmer l'agitation, préférer les bains tièdes prolongés au trional ou à l'hydrate de chloral. S'il y a tendance au collapsus, injecter la caféine suivant la prescription de Huchard :

Caféine.....	1 drachme
Salicylate de soude	45 grains
Eau distillée	1½ drachme

De trois à six seringues par jour.

Le sulfate de spartéine se donne en injections hypodermiques à la dose de $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ de grain. On emploie aussi l'éther.

D.—La dipsomanie :

Isolement dans un établissement spécial pour atténuer les tendances impulsives. Hygiène, travail physique, abstinence absolue. Hydrothérapie et médication arsenicale.

E.—L'alcoolisme chronique.

Soins hygiéniques surtout. Prévenir la congestion cérébrale en évitant au malade la chaleur forte, le froid vif, en surveillant son système digestif : révulsifs, bains de pieds sinapisés, aloès, ventouses à la nuque suivant les indications. Tisanes amères et régime lacté. L'iodure de potassium, la teinture de noix vomique sont utiles.

MAGNAN et SÉRIEUX

Traité de thérapeutique appliquée.

Maladie de Bright chronique (avec œdème)

Calomel.....	3 grains
Opium.....	$\frac{1}{6}$ grain
Sucre.....	Q. S.

Pour une poudre.

Sig.—Trois poudres semblables par jour.—*Dunin et Sklodowski.*

Gastro-entérite aiguë.

Acide lactique.....	25 à 40 gouttes
Sirop de coings.....	5 drachmes
Eau distillée.....	6 onces.

Sig.—Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.—*Thiercelin.*

Ascarides.

Santonine.....	2 grains
Calomel.....	$\frac{1}{2}$ grain

Sig.—A prendre chaque soir pendant trois jours (enfant de cinq à six ans) et suivie chaque matin d'huile de ricin.—*E. Smith.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, JUIN 1896

BULLETIN MÉDICAL

LA MORT SUBITE APRÈS LES INJECTIONS D'ANTITOXINE.

Depuis l'admirable découverte de Behring et Roux et l'application du sérum antitoxique au traitement de la diphtérie, on a signalé trois ou quatre cas où les enfants sont morts quelques minutes après une injection de sérum. Ces cas, heureusement très rares, ont soulevé un intérêt considérable dans la profession, et l'on s'est demandé quelle pouvait être la cause d'une terminaison aussi inattendue. Les uns ont pensé à une insuffisance complète et rapide de l'excrétion urinaire, les autres à l'acide carbolique que l'on emploie en très faibles proportions pour conserver le sérum, quelques uns ont accusé nettement celui-ci d'être la cause de ces méfaits. Le docteur Seibert, de la Polyclinique de New-York, a étudié la question au point de vue expérimental, et il a communiqué le résultat de ses expériences à la séance du 26 mai du Congrès de la Société Américaine de Pédiatrie, tenu à Montréal les lundi, mardi et mercredi, 25, 26 et 27 mai derniers. Les conclusions de ce travail sont très intéressantes.

Voici dans quelles conditions le docteur Seibert s'est placé pour faire ses expériences. Il a choisi des cobayes et des lapins, les a solidement fixés sur un support et les a maintenus sous l'effet du chloroforme administré à doses légères, de manière à conserver le réflexe cornéen. La résection partielle de deux ou trois côtes lui a permis de suivre *de visu* le fonctionnement du cœur et des poumons. Il a pratiqué les injections directement dans le système veineux, avec toutes les précautions que nécessite une opération aussi délicate.

L'expérimentateur s'est d'abord assuré si l'on pouvait incriminer le sérum. Il a injecté à des cobayes de 4 c. c. à 9 c. c. de sérum de Behring, d'une force variant de 8 à 500 unités, et dans un cas le sérum était en bouteille depuis un an et demi. Ces injections intra-veineuses de sérum n'ont produit qu'un trouble passager, et tout est rentré dans l'ordre. Un lapin n'a aucunement souffert de l'injection de 10 c. c. de sérum Behring (1500 unités).

Le docteur Seibert a fait alors une seconde série d'expériences. Il a injecté à des cobayes et à des lapins, dans les veines toujours, de 1 c. c. à 4 c. c. d'une solution d'acide carbolique à 1 0/10 ou à 2 0/10. Les injections étaient parfois

répétées de cinq minutes en cinq minutes. Le résultat a toujours été le même : convulsions tétaniques des extrémités, légères ou violentes suivant la dose et surtout suivant la concentration de l'acide injecté, et ne durant que quelques minutes. Il était facile de conclure, en tenant compte des proportions, que le sérum antitoxique ne contient pas un pourcentage suffisant d'acide carbonique pour produire chez l'enfant aucun symptôme alarmant.

C'est alors que le docteur Seibert a entrepris sa troisième série d'expériences, la plus intéressante peut-être, en provoquant la mort des cobayes et des lapins, en leur injectant de très légères quantités d'air dans les veines. Des injections de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ c. c., faites coup sur coup, ont amené une mort presque immédiate ; 2 c. c. ont fait mourir des lapins en 5 minutes. La respiration diminue, le pouls s'accélère, la cyanose s'établit, bientôt suivie de mort. A l'autopsie, on retrouve l'air dans le cœur droit et la veine pulmonaire ; cet air intercepte la communication entre le cœur et le poumon, et paralyse l'action du cœur, qui devient incapable de se contracter pour l'expulser au dehors. La circulation cardio-pulmonaire se trouve bloquée. L'expérimentateur a pu même, quelques secondes avant la mort et à l'aide du stéthoscope, entendre le va et vient de l'air dans la cavité droite.

Voici, tel que donné au Congrès de la Société de Pédiatrie, le résumé des expériences du docteur Seibert :

I.—Injections d'antitoxine.

1ère expérience.	1 cc.	Behring.	Résultat normal.
2e	"	(solution salée)	" "
3e	"	5 cc. Behr. (500 unités).	" "
4e	"	5 " " (1 $\frac{1}{2}$ an)	" "
5e	"	9 " " (8 unités)	" "
6e	"	Lapin 10 " " (1500 unités)	" "

II.—Injections d'acide carbonique.

1ère expérience.	1 cc.	Sol. 1 $\frac{c}{10}$.	Cobaye.	Convulsions légères.
	1 cc.	"	"	" "
	1 cc.	"	"	" "
	1 cc.	"	"	" "
	(5 minutes entre chaque injection.)			
2e	"	4 cc.	"	sévères.
3e	"	1 cc.	Lapin.	" légères.
4e	"	4 cc.	"	" violentes.
5e	"	1 cc. Sol. 2 $\frac{c}{10}$	"	" "
6e	"	2 $\frac{1}{2}$ cc. Sol. 1 $\frac{c}{10}$	"	" "
7e	"	1 cc.	"	" légères.
8e	"	1 cc.	"	" "

III.—Injections d'air.

1ère expérience.	4 cc.	d'air.	Cobaye.	Mort en $\frac{1}{5}$ m.
2e	"	1 cc.	"	" $\frac{1}{5}$ "
3e	"	1 cc.	"	" subite.
4e	"	$\frac{1}{4}, \frac{1}{2}, \frac{1}{2}, \frac{1}{4}$ cc.	"	" "
5e	"	$\frac{1}{2}, \frac{1}{2}, \frac{1}{2}$ cc.	"	" "
6e	"	2 cc.	Lapin	" 4 m.
7e	"	2 cc.	"	" 4 $\frac{1}{2}$ m.
8e	"	2 cc.	"	" 4 m.
9e	"	2 cc.	"	" 5 m.

Cobaye : dose fatale 1 cc.

Lapin : dose fatale 2 cc.

Le docteur Seibert conclut de ces expériences que les seringues contiennent toujours de l'air, et qu'une très petite quantité de cet air, pénétrant dans une veine, peut amener chez l'enfant la mort subite par l'interruption de la circulation cardio-pulmonaire. C'est par ce processus qu'il explique les cas de mort subite à la suite d'injections de sérum. Ce sont des accidents qui peuvent survenir à la suite de n'importe quelle injection. Au point de vue pratique, il conseille : d'employer du sérum concentré, afin que la quantité soit moindre, de se servir de seringues de petite capacité, d'attendre que l'air soit sorti, de faire l'injection de haut en bas et de ne pas vider complètement la seringue, de crainte que malgré tout un peu d'air ne soit resté.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Lettre de l'Hon. Dr Marsil.

M. le Rédacteur,

“ RÉPONDEZ-Y DONC ” ? dites-vous.

Votre invitation est trop pressante pour y être stoïquement indifférent ; aussi comme je veux vous être agréable et particulièrement utile, je m'empresse d'y répondre.

Mais commençons ce petit débat en respectant la langue française.

Demander une question est un anglicisme pur,—ask a question,—traduction littérale : demander une question.

La belle langue française est pourtant assez riche en expressions précises pour vous sauver le trouble d'inventer un langage barbare pour rendre votre pensée.

Il est si facile de faire, de poser, de soumettre, d'étudier, d'adresser une question, qu'il n'est pas permis de la demander.

Abordons maintenant cette question qui vous obsède, qui vous hante, qui trouble sans doute votre honneur.

Elle en vaut la peine.

Vous accusez le Bureau Provincial des médecins d'être l'auteur des maux qui accablent la profession médicale, d'avoir failli à sa mission. d'avoir méconnu ses devoirs.

Voyons si ces accusations sont pertinentes ; si elles peuvent tenir debout devant la preuve des faits et de la vérité.

Je serai bref, nous réservant une poire pour la soif.

“ Je vous le demande à tous, lecteurs médecins qui m'écoutez, en connaissez-vous beaucoup dans le Bureau, de ces hommes à qui vous puissiez vous adresser avec confiance et leur demander service à l'occasion contre les clients qui vous font de la misère, et les charlatans qui vous font du tort. Je ne vous *demande* que cette question.

Est-ce la faute du Bureau si vous n'êtes pas protégés contre les clients qui vous font des misères ?

Lorsque le Bureau a fait adopter par la législature la loi qui nous régit, il a également soumis un tarif que le parlement a approuvé, mais que le lieutenant-gouverneur—un médecin s'il vous plaît—a refusé de sanctionner.

Pensez-vous que ce soit chose si facile de faire passer un tarif par la législature ?

Je n'ai fait que poser la question pour ne pas entrer sur le terrain politique.

Est-ce la faute du Bureau si les charlatans vous font du tort ?

N'avez-vous pas dans votre loi de médecine tout ce qu'il faut pour les punir et vous protéger. Vous n'avez qu'à les dénoncer à l'agent du Bureau et prouver votre accusation. Ce dernier se chargera, comme il l'a toujours fait, de sévir contre les charlatans. Vous feignez d'ignorer que les charlatans n'ont leur franche coudée que parce que les médecins sont trop lâches pour les dénoncer. Ils craignent de s'attirer l'animadversion de leurs clients qui les mettent à la porte pour les remplacer par un charlatan. J'ai été témoin de ce que j'avance tout dernièrement à St-Eustache.

Est-ce la faute du Bureau ?

Voilà pour les charlatans et les clients malhonnêtes.

Puis vous nous faites un peu de lyrisme :

“ Nous avons une belle Université, unie et bien organisée, et qui travaille, et qui se donne du trouble pour la profession, et qui a du mérite, beaucoup plus de mérite que l'on ne semble vouloir lui en accorder.” Vous avez été sage de nous avertir que vous rêviez.

Était-ce un trouble bien digne de louange qu'elle s'imposait ? Était-ce les intérêts de la profession qu'elle voulait protéger quand elle venait par son vice-recteur et ses professeurs les plus autorisés, faire une opposition acharnée à la dernière loi de médecine que le Bureau a soumise à la législature ?

C'est parce que cette loi empiétait, a dit M. C. A. Geoffrion, sur les droits et privilèges des universités, que nous l'avons combattue.

Était-ce méconnaître le droit des universités que de leur imposer un programme d'étude qui a fait l'admiration de la presse médicale anglaise ?

Le Bureau n'avait qu'un but : celui de forcer les universités à donner un enseignement médical complet, de les obliger de suivre les progrès de la science et de préparer convenablement leurs élèves pour les luttes de l'avenir.

Est-ce la faute du Bureau si cette loi est restée lettre morte, ou celle des universités ? RÉPONDEZ-Y DONC ?

Par cette loi nous voulions établir un bureau central d'examen afin d'obtenir la réciprocité et protéger efficacement la profession qui, sous ce rapport, a des droits bien sérieux à sauvegarder.

Si tant est que le mérite de notre Université catholique n'est pas apprécié parallèlement à sa valeur, ce n'est certainement pas à celui qui écrit ces lignes

que vous puissiez adresser ce reproche. Personne, plus que lui, n'a combattu pour la défendre contre toute attaque injuste ; personne n'a plus souffert de son dévouement à une institution qu'il désirait et qu'il désire voir prospérer et grandir.

DR D. MARSIL.

St-Eustache. 16 Mai 1896.

Reponse au Dr Marsil.

M. le Dr Marsil découvre une faute de français dans le dernier article que nous avons écrit sur "La profession médicale dans la province de Québec." Loin de blesser notre amour propre, cela nous fait réellement plaisir, car c'est une preuve que l'Honorable Conseiller Législatif a lu notre article avec attention, et qu'il y a trouvé autre chose que des fautes de français ; car il n'aurait certainement pas pris la peine de nous écrire pour simplement relever une erreur de si peu d'importance. Ce désir ardent de correction de langage n'est là que pour servir d'entrée en matière. Passons.

1o "Vous accusez le Bureau Provincial des Médecins d'être l'auteur des maux qui accablent la profession médicale." Pardon ; ne confondons pas. Nous disons qu'il y a des clients qui font des misères aux médecins, et des charlatans qui leur font du tort, mais nous n'avons jamais accusé les gouverneurs du Bureau Provincial d'être les auteurs de ces clients et de ces charlatans. Ce serait vraiment trop de complaisance. C'est déjà bien suffisant que le Bureau Provincial ne fasse rien pour protéger les médecins contre les clients malhonnêtes et les charlatans, les auteurs directs de nos maux.

2o "Vous accusez le Bureau Provincial des Médecins d'avoir failli à sa mission, d'avoir méconnu ses devoirs." Naturellement. Puisque le Bureau provincial ne protège pas les médecins d'une manière efficace contre les auteurs de leurs maux (les clients malhonnêtes et les charlatans), nous disons que ce Bureau là ne remplit pas sa mission et manque à ses devoirs. Il n'est pas nécessaire de savoir son traité de style par cœur pour trouver cela. Quelle est l'utilité d'une administration qui ne s'occupe pas de ses électeurs ?

M. le Dr Marsil a très bien compris d'ailleurs, et nous entrons maintenant dans la partie sérieuse de sa lettre. Notre honorable correspondant admet que les médecins ne sont pas protégés comme ils auraient droit de l'être, mais il prétend que c'est la faute : 1o au lieutenant gouverneur qui a rejeté le tarif ; 2o aux médecins eux-mêmes qui sont trop lâches (nous conservons l'expression) ; 3o à l'Université qui a fait une opposition acharnée au dernier bill médical. Voilà un raisonnement qui n'est pas fort.

Voyons en détail.

3o "Ce n'est pas la faute du Bureau si les médecins ne sont pas protégés contre les clients qui leur font des misères parce qu'un lieutenant gouverneur a rejeté un tarif approuvé par le parlement."

C'est l'exacte vérité qu'un tarif d'honoraires, sanctionné en 1881 (notez que c'est en 1881) par le lieutenant gouverneur en conseil, (et non par le parlement, le parlement n'a rien à y voir) a été rejeté par le lieutenant gouverneur quelque temps après (deux ou trois ans, je crois). Mais le Bureau Provincial de médecine conserve le droit de fixer un tarif professionnel et de le présenter au lieutenant gouverneur en conseil quand il le juge à propos. "De temps en temps, quand l'occasion le demande," dit la loi. Et depuis 1881, nous avons eu plusieurs lieutenants gouverneurs et changé plusieurs fois de ministère. Comment M. le Dr Marsil peut-il s'appuyer sur ce qui s'est passé il y a quinze ans pour excuser l'inertie du Bureau Provincial actuel. Ce n'est pas parce qu'un lieutenant gouverneur, à cette époque éloignée, a abrogé le tarif médical, que la profession doit rester indéfiniment à la merci des clients malhonnêtes. C'est un fait reconnu que les ortolans ne nous tombent pas tout rôtis dans la bouche, ici-bas. Quand on veut obtenir quelque chose, on s'agite, on se remue, on recommence plusieurs fois, et l'on finit par réussir. Mais la condition essentielle, c'est de se remuer. Le Bureau l'a-t-il fait ?

40 "Il y a une loi contre les charlatans, et le Bureau protégerait les médecins si ceux-ci n'étaient pas trop lâches pour les dénoncer."

Il y a une loi contre les charlatans, oui. On a vu des médecins ne pas vouloir déposer une plainte contre eux, c'est encore vrai. Est-ce par lâcheté comme le prétend nettement M. le Dr Marsil ? N'est-ce pas plutôt par manque de confiance ? Le Bureau Provincial a déjà pris des poursuites judiciaires contre certains individus, à la demande de médecins courageux ; qu'en est-il résulté ? Ces individus ont été, le plus souvent, condamnés à une légère amende, qu'ils ont payée, puis ils ont continué à faire du charlatanisme, en attendant une nouvelle plainte du médecin, une nouvelle poursuite du Bureau. Et c'est toujours à recommencer, la loi n'ayant pas de clauses spéciales pour les récidivistes. Cela se résume à beaucoup d'ennuis et beaucoup de temps perdu sans résultat pratique. Mais croyez-vous vraiment que si le médecin qui a un charlatan dans sa paroisse était certain qu'en portant plainte au Bureau, celui-ci le délivrerait à tout jamais de cet individu, croyez-vous que ce médecin là ne serait pas le premier à faire les démarches nécessaires ? Allons donc ! il serait bien trop heureux de constater qu'il a derrière lui une organisation efficace, et de s'en servir. Le Bureau provincial, mais il n'est pas même capable de nous délivrer de tous ces vendeurs d'herbe à dindes et de pâtes épilatoires dont on voit les magasins sur nos principales rues et la binette dans les journaux ! Est-ce qu'il faudrait aussi une dénonciation de médecin pour ces gens-là ? Non, c'est la loi qui est défectueuse. Mais diable, faites-la amender, cette fichue loi, puisque vous êtes là pour cela, et n'essayez pas de vous défendre sur les médecins qui, ayant constaté depuis longtemps que le Bureau n'a aucune influence, ont jugé inutile d'avoir recours à lui. Jusqu'à quand verrons-nous cette chose ridicule de médecins payant les gouverneurs pour administrer la profession et de gouverneurs disant aux médecins : "Faites l'ouvrage."

Toute à l'heure, c'était la faute d'un lieutenant gouverneur si nous n'avons pas de tarif, maintenant c'est notre faute si nous n'avons pas de protection

efficace contre les charlatans. Le Bureau provincial, lui, n'est là que pour regarder faire. C'est d'une naïveté !...

5° " L'Université a fait une opposition acharnée au dernier bill parce qu'il empiétait sur ses droits et privilèges, disait-elle. Le bill voulait établir un programme d'études admiré par les anglais afin de préparer les élèves convenablement aux luttes de l'avenir ; il voulait aussi fonder un bureau central d'examen."

L'Université Laval ne s'est jamais opposé à l'établissement d'un programme d'étude complet, aussi complet que ses ressources le lui permettent. Elle comprend l'importance d'un bon curriculum d'études médicales, et quand le Bureau provincial lui a demandé des améliorations, comme il en a le droit légal, elle s'est toujours efforcée de les accorder dans la mesure de ses moyens. Quand on a voulu lui imposer un bureau central d'examineurs, elle s'y est opposé, et elle a donné ses raisons. Elle a dit : " C'est nous qui donnons des cours aux élèves, qui les instruisons, qui en faisons des médecins. Il n'est pas juste que nous soyions à la peine et que nous ne soyions pas à l'honneur. Puisqu'on nous reconnaît la capacité de les instruire, qu'on nous laisse le droit de les déclarer capables. Quant à la licence, MM. du Bureau provincial, cela vous regarde. Vous avez vos assesseurs, qui vous représentent, et qui ont le pouvoir de refuser à nos élèves le droit de pratiquer, s'ils le jugent à propos. La garantie est suffisante sans que vous ayez besoin d'empiéter sur nos privilèges." C'était parler en gens modérés et sagement. Mais ceci nous entraîne un peu en dehors du sujet.

Nous dirons simplement qu'il nous paraît étrange que le Bureau s'occupe tant des étudiants, et pas du tout des médecins. Car c'est du côté des études, et de ce côté là seul, que le Bureau a montré réellement un peu d'activité. S'occuper du programme des études, afin qu'il soit bien en rapport avec les progrès modernes, très bien. Mais l'étudiant à l'Université est dans une place sûre ; il a ses professeurs, ses guides naturels, pour s'occuper de lui. Mais une fois lancé dans la carrière (voir notre dernier article), sur qui doit-il naturellement compter, sinon sur le Bureau provincial exclusivement. Or, que fait le Bureau provincial pour protéger efficacement le médecin, quand il a quitté l'Université ? Voilà la question placée sous son vrai jour.

La lettre de M. le Dr Marsil n'a pas changé notre opinion. Ce n'est pas en accusant un lieutenant-gouverneur, les médecins et l'Université que notre honorable correspondant nous fera excuser l'inefficacité du Bureau provincial actuel, inefficacité que nous continuerons à établir dans des articles subséquents. Et nous sommes persuadés que le remède à apporter à cet état de chose, c'est d'établir un système de votation rationnel, afin que les différents districts soient représentés par leurs hommes, et que les élections soient le résultat du vœu populaire, et non pas le triomphe de l'ambition ou de l'habileté d'un ou de quelques uns. Nous voulons un bureau qui sache faire autre chose que de collecter les licences et ramasser des procurations, en jetant de la poudre aux yeux des gens avec des projets sur le papier et des circulaires de compliments.

En terminant, puisque nous parlons de collection, nous serions très heureux si M. le Dr Marsil ou quelqu'autre correspondant voulait bien nous dire quel

contrôle le Bureau provincial de médecine exerce sur l'argent des contributions annuelles. Le Bureau connaît-il chaque année les médecins qui ont payé et ceux qui ne l'ont pas fait? Sait-il quand l'argent rentre en caisse et où cet argent est placé? Que fait-on des arrérages? L'argent que le Bureau emploie pour faire ses collections a-t-il un livret à souches, ou bien ses certificats sont-ils acceptés *bona fide*? Voilà autant de questions qui sont d'un intérêt de premier ordre et qui intéressent d'une manière toute particulière la profession médicale. Nous y reviendrons en temps et lieu.

La motion de M. le Dr Rottot

Le 25 septembre de l'année dernière, le Bureau Provincial de Médecine rejetait par un vote de 26 contre 3 une motion présentée par MM. les Drs Rottot et Fafard demandant que les procurations pour l'élection des membres du Collège ne soient valables qu'en autant qu'elles préciseront pour qui le signataire de la procuration veut voter. Puis, satisfait d'avoir rejeté avec autant d'ensemble une motion qui ne lui plaisait pas, le Bureau invitait son président à se retirer et lui votait une somme de \$400 pour " l'indemniser des travaux de la révision et de la refonte des règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec." Ceci, bien entendu, venait à part de son salaire.

Le Bureau Provincial désire que le vote par procuration absolue demeure dans son état actuel. Pourquoi ne veut-il pas permettre aux médecins de préciser sur leur procuration pour qui ils veulent voter? C'est assez facile à comprendre. La procuration telle qu'on l'emploie aujourd'hui donne à celui qui la présente au Bureau la liberté la plus absolue. Le médecin qui la signe ne dit pas : " Je désire que M. un tel ou un tel soit nommé." Il dit simplement : " Je vous charge de voter à ma place." Il fait abdication de son vote entre les mains d'un remplaçant. Le détenteur de la procuration reste donc libre d'appliquer ce vote comme bon lui semble. Or, si c'est un membre du Bureau qui se trouve chargé de la majorité des procurations, le Bureau se trouve donc sûr d'avance de son élection. Cela nous donne le spectacle incroyable de représentants contrôlant le vote de leurs électeurs. Aussi le Bureau Provincial, fort de sa position, a-t-il mis en pratique le mot célèbre de MacMahon : " J'y suis, j'y reste!" et il a rejeté comme un seul homme la motion Rottot. Cela n'a rien qui doive nous surprendre.

Mais un tel état de chose est contraire à tous les principes connus, et ne devrait pas exister. Pour qu'un système de votation soit juste, il faut que le voteur *seul* ait l'*entier* contrôle de son vote. Ceci est admis par toutes les lois civiles. Le système de procuration tel qu'il existe chez nous est contraire à l'esprit de la loi ; il n'est plus l'expression de la volonté du corps médical, il est devenu un expédient d'élection. Aussi le doyen de la Faculté de Médecine, M. le Dr Rottot, se faisait-il l'interprète de ceux qui déplorent de pareilles erreurs lorsqu'il présentait sa motion, qui demandait que la procuration soit l'expression d'une volonté, et non pas l'abandon d'un privilège.

Le Bureau Provincial s'oppose à la mise en pratique de pareils principes

qui, cela va sans dire, troubleraient son sommeil. Mais ce brave Bureau se trompe grandement s'il croit pouvoir rejeter aussi lestement les avis et l'expérience d'un homme de la valeur de M. le Dr Rottot. Si l'un des médecins les plus en vue parmi nous, le doyen de notre Faculté de Médecine, parlant au nom d'une partie de la profession médicale, n'a pas le pouvoir de se faire écouter du Bureau qui nous dirige et dont il fut président, quels sont donc les motifs qui guident la conduite de nos gouverneurs ? Comment peuvent-ils, eux qui sont nos représentants, montrer tant d'indépendance et de partialité ? Et comment un jeune médecin aurait-il l'idée d'en appeler aux membres de ce Bureau, quand l'un des plus âgés et des plus méritants parmi nous ne peut pas même se faire accorder un peu de considération ? Voilà ce que c'est que de laisser nos gouverneurs contrôler leur élection. Ils font comme ils l'entendent, et la profession ne peut pas les atteindre même par ses représentants les plus autorisés.

Il est devenu nécessaire de rappeler à ces messieurs qu'ils ont derrière eux un corps social tout entier, les médecins. A la prochaine assemblée du Bureau, qui aura lieu le 3 juillet prochain, MM. les Drs Rottot et Fafard présenteront de nouveau leur motion, qui, selon toute probabilité, sera de nouveau rejetée. Mais puisque nos gouverneurs ne s'occupent pas de nous, nous désirons leur faire connaître quelle est l'opinion de la profession sur le système de votation par procuration ouverte, et nous faisons un appel à tous les médecins qui nous lisent. Jamais nous ne pourrions modifier le Bureau actuel si nous n'améliorons pas le système de votation. Nous demandons donc aujourd'hui à nos lecteurs s'ils nous approuvent dans notre conduite et dans nos idées, s'ils sont en faveur d'un changement dans le système d'élection, s'ils croient que MM. les Drs Rottot et Fafard ont raison de proposer le remplacement de la procuration ouverte actuelle par une procuration motivée, ou, ce qui serait encore mieux, une procuration secrète (Voir l'*Union Médicale*, vol. XXIV, page 559). Nous demandons à tous nos amis qui pensent que le temps est venu de faire sentir l'influence des médecins sur leurs représentants légaux, les gouverneurs, de nous envoyer sans retard la formule d'approbation que nous mettons plus loin. Dans notre prochain numéro, qui paraîtra le 1er juillet, deux jours avant l'assemblée du Bureau, nous dirons le nombre des médecins qui approuvent la motion Rottot et nous verrons alors si le Bureau peut rester sourd à la voix populaire.

Il faut absolument faire quelque chose. Nous ne pouvons pas rester dans l'état où nous sommes. Il faut que nous soyons en état d'empêcher les charlatans d'exercer leur métier à notre porte, il faut que l'argent que nous fournissons chaque année vienne de la profession toute entière, et non pas d'un certain nombre de médecins toujours les mêmes. Cela est devenu une nécessité criante, et la motion du Dr Rottot nous donnera le moyen d'y arriver, en nous mettant entre les mains un puissant levier, le vote positif, précis, incontrôlable. La profession médicale a le plus grand intérêt à seconder cette motion ; si l'on ne fait rien pour forcer la main au Bureau, nous resterons toujours dans l'état où nous sommes, gouvernés par un Bureau à la merci des exploiters de procurations. Nous avons une chance unique de manifester notre volonté, en secondant l'action du doyen de la Faculté de Médecine ; profitons-en.

Nous le répétons, nous mettons l'*Union Médicale* à la disposition des médecins, afin qu'ils fassent connaître leur opinion sur la question. Que tous ceux qui désirent que quelque chose se fasse en faveur de la profession veuillent bien nous envoyer la formule d'approbation qu'ils trouveront plus loin. Au 1er juillet prochain, nous ne publierons pas de liste; nous dirons simplement: "cinq cents, six cents, sept cents médecins approuvent la motion de M. le Dr Rottot." Et nous verrons alors ce que le Bureau Provincial fera devant cette manifestation de l'opinion publique.

S'il y a des médecins qui ne nous approuvent pas de demander des réformes et de travailler à les obtenir, nous mettons aussi le journal à leur disposition. Qu'ils nous écrivent, et nous serons heureux de publier leurs correspondances. Car nous voulons, avant tout, le bien de la profession, et nous ne désirons qu'une chose, établir la vérité.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne

Comme je n'ai rien pu envoyer pour le dernier numéro de l'*Union Médicale* je donnerai aujourd'hui les statistiques des deux derniers mois. Le nombre des patients internes traités pendant ce temps à l'Hôtel-Dieu a été de 562, 201 des mois précédents et 361 nouveaux admis. Sur ce nombre, 319 ont été congédiés et 24 ont succombé aux affections suivantes: 16 de tuberculose pulmonaire, 1 de broncho-pneumonie, 1 de méningite tuberculeuse, 1 de méningite traumatique, 2 de néphrites interstitielles chroniques, 1 de cancer de l'utérus, 1 de septicopyhémie et 1 d'insuffisance aortique. Ce qui élève le chiffre de la mortalité dans ces deux mois ce sont les phtisiques. J'ai feuilleté les registres et j'ai constaté que c'est dans les mois d'avril et mai que la phtisie fait le plus de victimes chaque année.

Le service de médecine a offert un beau champ pour l'auscultation; des affections du cœur et des voies respiratoires se sont présentées en grand nombre et très variées. Le Dr Demers qui partage la clinique interne avec le Dr Guérin a pu faire bénéficier ses élèves des leçons qu'il a puisées l'an dernier, à Paris, de Potain, ce grand maître en auscultation.

En chirurgie il s'est fait beaucoup d'opérations et de très importantes; entre autres, 3 ovariectomies, 3 amputations de jambes, 1 résection du fémur, 1 désarticulation du bras, 3 épithéliomas, 2 de la lèvre supérieure et 1 de la joue avec induration de la glande sous maxillaire correspondante, 3 ablations du sein dont deux où il a fallu enlever les glandes du creux axillaire, etc, etc. A part ces trois cas de cancers du sein, où il était déjà très tard pour opérer, il s'est présenté 3 autres cas où toute opération était impossible. Si chez la plupart de ces patientes

on doit imputer ce retard coupable à leur ignorance ou à leur manque de confiance dans la science des médecins, chez un certain nombre on doit faire retomber la responsabilité sur des médecins, qui sous prétexte de ne pas se tromper dans leur diagnostic, attendent pour l'établir que la maladie ait envahi tous les tissus environnants et par là rendent toute opération impossible. Ce qui m'amène à faire ces réflexions, c'est que deux de ces malades, qui se sont présentées dernièrement, ont répondu au chirurgien qui leur demandait pourquoi elles avaient attendu si longtemps : que c'était leur médecin qui leur avait dit d'attendre, que peut-être ça ne serait rien et que dans tous les cas il serait toujours temps d'opérer.

Il y a déjà plusieurs mois, j'avais promis de parler d'un cas de fracture des deux fémurs qui venait de nous arriver de Matawa.

Le patient est un jeune homme de 21 ans qui s'est fait broyer les deux jambes dans une presse à foin en janvier 1895. Transporté à l'hôpital de Matawa, la réduction a été faite et, après la période d'ecchymose, des bandages inamovibles ont été appliqués aux deux jambes. Deux mois plus tard les bandages ont été enlevés, mais il n'y avait pas la moindre union osseuse. Dans le même temps le patient fut atteint de fièvre typhoïde, et à peine en était-il relevé qu'il était pris de rhumatisme poly-articulaire aigu qui ne s'est amendé qu'après trois mois de souffrances. Huit mois après l'accident, à la fin d'octobre 1895, son état étant un peu amélioré, il s'est fait transporter à l'Hôtel-Dieu pour consulter le Dr Hingston. A son arrivée, il y avait ankylose des deux articulations coxo-fémorales, et fractures compliquées des deux cuisses au tiers supérieur. Le chirurgien a tenté pour la jambe droite de faire une résection, d'aviver les surfaces osseuses, de faire la ligature métallique, mais le résultat a été le même que la première fois, après trois mois d'attente il n'a pu obtenir qu'une légère union fibreuse. Aujourd'hui ce pauvre malheureux a les deux jambes amputées et malgré toutes ces maladies, malgré qu'il soit demeuré couché pendant 16 mois, sa santé est bonne et il se porte à merveille.

Une tumeur ovarienne est chose assez commune, mais une tumeur ovarienne chez une enfant de moins d'un an est une chose qui se rencontre plus rarement. Il y a quelques semaines, une mère de famille s'est présentée à l'hôpital avec une petite fille de onze mois porteuse d'une tumeur ovarienne qui refoulait les intestins en haut et remplissait presque tout l'abdomen. La nature de cette tumeur était fort suspecte et les chirurgiens redoutaient beaucoup que ce fut un sarcome. Cependant ils conseillèrent à la mère comme seule chance de vie pour son enfant d'enlever la tumeur ; mais la mère s'y refusa, préférant laisser mourir son enfant de sa belle mort, comme elle disait.

Il y a longtemps, plusieurs mois déjà, que je n'ai pas dit un mot du dispensaire du Dr Chrétien, où il se fait toujours beaucoup de besogne. Depuis le commencement du mois de mai, il y a eu plus de 50 opérations, parmi lesquelles on compte 8 opérations pour cataractes.

22 mai 1896.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derôme, interne en chef

Quelques observations sur l'emploi du serum antistreptococcique, dans le traitement de l'érysypèle, ont pris la place du courrier de l'Hôpital pour le mois dernier. Sans entrer trop longuement dans les détails, je vais essayer d'y revenir et de relever quelques points d'intérêt, sans vous promettre non plus le rapport du mois de mai au complet.

En avril, 123 malades ont été admis et 131 ont été congédiés ; sept mortalités, dont une trois heures après l'entrée du moribond, ont été enregistrées.

Deux mille trente sept malades ont été traités dans les différents dispensaires.

Du 1er avril au 23 mai, 180 opérations ont été pratiquées en chirurgie et 47 en ophthalmologie.

Parmi les plus intéressantes, quatre cancers du sein, avec évidemment du creux axillaire dans deux cas ; un angio-sarcome de la cuisse (en récidive), un ostéo-sarcome de l'épaule opéré aussi en récidive. Cette fois l'opération enlève une masse d'environ cinq livres ; la désarticulation du bras avait été faite il y a un an et demi. Une amputation des deux seins considérablement hypertrophiés, chez une fille de 21 ans, qui semble être prise d'une véritable manie de se faire opérer. A peine âgée de neuf ans, elle commence par se faire opérer une déviation de la cloison du nez. Vers la même époque la menstruation apparaît et son sein droit prend des proportions alarmantes qu'elle laisse croître jusqu'à ses treize ans, quand elle subit à New-York, d'après son dire, une opération pour un lipôme au sein en question. On la soulage de trois livres et demi pesant. A l'âge de 17 ans, à la suite d'avortement, on lui fait un curetage, aussi à New-York. Au mois d'août 1895, elle sacrifie sous le couteau d'un chirurgien de l'Hôtel-Dieu, de Montréal, une partie de sa glande mammaire gauche, considérablement hypertrophiée. Cette fois elle quitte la salle d'opération pesant trois livres de moins. En novembre de la même année, elle entre à l'Hôpital N.-Dame, souffrant d'une ovarite double. Après des temporisations inutiles, une oophorectomie double juge la question en dernier ressort. Enfin, en avrii 1896, elle dut passer par une ablation complète des deux seins devenus très hypertrophiés et en apparence très douloureux.

De ces diverses opérations, elle a très bien relevé et se demandait à sa sortie de l'Hôpital, ce qu'elle aurait à se faire enlever à la prochaine.

Un cas assez intéressant a été celui d'une fillette de 7 ans, blonde, pâle, amaigrie, aux yeux bleus, voilés par de longs cils, malade depuis quatre mois.

D'après l'histoire qu'on a pu faire du cas, le père serait tuberculeux, et la maladie aurait débuté par une péritonite généralisée. Au bout de quinze jours l'inflammation semble se localiser dans le flanc gauche. La petite malade souffre en même temps d'une diarrhée rebelle, accompagnée de deux hémorrhagies intestinales assez abondantes. Le balonnement du ventre devient très considérable ; le nombril apparaît saillant et revêt une apparence blanchâtre au centre.

Une heure avant son entrée à l'hôpital le 23 avril dernier, un médecin est appelé pour constater, au centre de l'ombilic, l'ouverture spontanée d'un abcès,

qui donne libre cours à une grande quantité d'un pus jaune verdâtre, à odeur infecte.

Un examen minutieux, sous chloroforme, révèle un amas de pus remplissant tout le petit bassin et la cavité abdominale. Un long stylet introduit, par l'ouverture, dans l'ombilic, trouve son chemin jusqu'au rectum. Un doigt dans l'anus, allant à la recherche de l'instrument, le chirurgien constate un certain ramollissement de la muqueuse intestinale, qui est aussi très amincie, et en profite pour perforer le rectum et drainer ainsi le bassin, au moyen d'un long tube en caoutchouc perforé, qui permet de faire, dans la cavité abdominale, des lavages antiseptiques assez bien supportés par la petite malade, redevenue depuis un peu plus joyeuse. L'amélioration générale cependant est peu marquée, quoique les symptômes locaux soient beaucoup amendés.

Tandis qu'il s'agit de chirurgie abdominale, j'en profite pour mentionner plusieurs laparotomies pour l'extirpation d'un ou des deux ovaires, ainsi que des fibromes utérins. La chirurgie abdominale a été presque chose courante durant ce mois. Trois hystérectomies vaginales ont aussi été pratiquées avec d'excellents résultats. Puisque je suis dans le domaine de la gynécologie, je ne veux pas oublier les périnéoraphies, trachelorhaphies et curettages utérins, au nombre de quinze, sans m'attarder sur les détails opératoires qui se présentent à peu de chose près, les mêmes dans tous les cas.

En fait de luxations on a: une luxation de l'épaule, une du maxillaire, une du pouce et une luxation métacarpo-phalangienne.

Vingt-sept cas de fracture se sont présentés à l'Hôpital pour réduction. Ces fractures peuvent être réparties comme suit :

Rotule :—une.

Jambe :—quatre

Cuisse :—quatre, dont une exposée.

Avant-bras :—sept, dont une exposée.

Bras :—trois.

Maxillaire :—une.

Côtes :—une.

Bassin :—une.

Il me semble naturel, avant de terminer, de dire un mot du deuil qui est venu nous frapper dans la nuit du 4 mai.

Un des assistants-internes, le Dr Paul Berthiaume, à peine âgé de 21 ans, se voyait emporter par une de ces maladies dont les complications malheureuses ne pardonnent, hélas ! que trop rarement. Doué d'un excellent naturel, il avait su se faire des amis de tous ceux avec qui il était en contact. L'ensemble heureux de ses qualités en faisait le type du parfait copain. C'était lui qui égayait nos moments de loisir par ses histoires pleines de joyeuses anecdotes et ses réparties toujours au point. Au devoir, c'était le jeune médecin sérieux et zélé, tellement que les malades du service qu'il suivait rappelaient en pleurant ses bontés, qu'il savait prodiguer à toutes avec une égalité propre à s'attirer leurs bonnes grâces et ménager leurs susceptibilités.

Le Dr Godreau, son ami de cœur, est devenu son successeur.

CHRONIQUE

La Société Américaine de Pédiatrie, dont le président est M. le Dr O'Dwyer, de New-York, a tenu sa séance annuelle cette année à Montréal les 25, 26 et 27 de mai. Nous en parlerons dans notre livraison de juillet.

L'Association médicale canadienne doit s'assembler à Montréal les 26, 27 et 28 du mois d'août prochain.

La section canadienne de l'Association médicale anglaise a invité la société à se réunir à Montréal l'année prochaine (1897). Nos confrères de langue anglaise sont très mécontents de ce que l'anglais ne soit pas admis dans les discussions du Congrès International de Moscou, qui aura lieu la même année.

Les concerts de charité organisés en faveur de l'Hôpital Notre-Dame ont rapporté à peine \$150. L'Hôpital a décidé de commencer malgré tout la construction de la salle de clinique, dont le besoin se fait de plus en plus sentir.

M. le Dr Paul Berthiaume, interne à l'Hôpital Notre-Dame, est mort à cette institution le 4 de mai dernier, à l'âge de 21 ans. Garçon de talents et d'avenir, le Dr Berthiaume avait été reçu médecin il y avait à peine un mois et était entré immédiatement à l'Hôpital, où il s'était mis à la tâche avec ardeur, malgré les fatigues qui suivent toujours la préparation d'un examen aussi sérieux que celui du doctorat. Placé dès son entrée dans le service de gynécologie, et appelé dès les premiers jours à donner des soins assidus de jour et de nuit à des cas d'une gravité exceptionnelle, il eut le malheur de contracter, à la suite d'un refroidissement, une pneumonie qui prit bientôt une forme sévère et emporta en quelques jours le jeune et brillant médecin, malgré tous les soins possibles. Cette mort prématurée est un grand chagrin pour la famille et les amis et nous leur offrons nos plus sincères condoléances.

Le secrétaire du comité du Prix William F. Jenks nous prie d'annoncer qu'une somme de \$400 sera accordée au meilleur travail sur "l'étiologie et la pathologie des maladies de l'endomètre, y compris les inflammations septiques de la puerpéralité." Le concours est ouvert à tous les médecins. Le travail, fait en anglais, ou accompagné d'une traduction anglaise, et clavigraphié, doit être adressé avant le 1er janvier 1898 au Dr Barton Cooke Hirst, Collège des Médecins de Philadelphie, Pensylvanie, Etats-Unis. Le travail doit être signé d'une devise et accompagné d'une enveloppe cachetée portant la même devise et contenant le nom véritable de l'auteur et son adresse.

L'Hôpital Notre-Dame a ouvert depuis le 29 avril dernier un dispensaire des maladies nerveuses et mentales placé sous la direction de MM. les Drs Ville-neuve et Chagnon, de l'asile St-Jean de Dieu. Ce dispensaire a lieu tous les mercredis de chaque semaine, à 3 heures de l'après-midi.

Le concours pour le titre de professeur adjoint à la chaire d'obstétrique de l'Université Laval promet d'être chaudement disputé si l'on en juge par le nombre des candidats et la valeur des thèses présentées. Sept candidats soumettront une thèse orale devant la Faculté de Médecine. Ce sont MM. les Drs Gauthier, de St-Ephrem d'Upton, Ouimet, de Valleyfield, Mignault, de Lowell, Mass, De Cotret, Larin, Montpetit et Lacombe, de Montréal. MM. Ouimet, De Cotret et Larin nous ont envoyé une copie de leur thèse, qui sont très bien faites. Celle du Dr De Cotret, médecin à la Maternité de Montréal, est considérable et renferme 38 observations personnelles d'éclampsie puerpérale. Celle de M. le Dr Larin a pour titre : " De la conduite à tenir pendant la période de délivrance dans l'accouchement à terme."

Le numéro de mars de la *Revue Internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie* publie un excellent portrait de M. le professeur Foucher, ainsi qu'une notice bibliographique que nous reproduisons :

" Né le 10 avril 1856, le Dr FOUCHER commença à étudier la médecine en 1875, à l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, où il fut reçu docteur en 1879. Il vint ensuite, pour se livrer à l'étude de la spécialité, passer deux ans en Europe dans les principaux centres d'enseignement, mais surtout à Paris, où il séjourna dix-huit mois.

De retour à Montréal, où il avait été nommé Professeur titulaire d'Ophthalmologie, de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie à la faculté nouvelle de l'Université Laval, il y fonda, en 1881, le Dispensaire d'Ophthalmologie, Otologie, Laryngologie et Rhinologie à l'Hôpital Notre-Dame. Ce fut le premier dispensaire canadien-français où étaient spécialement traitées les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge.

Le Dr Foucher fut aussi désigné pour enseigner officiellement cette partie spéciale de la médecine à la Faculté Laval, ce qui n'avait jamais eu lieu auparavant dans l'Ecole canadienne-française. Depuis quatre ans l'ancienne Ecole de chirurgie et de médecine de Montréal s'est fusionnée avec la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, et il occupe dans cette nouvelle institution la même charge que dans l'ancienne."

La *Revue Internationale* énumère ensuite les nombreux travaux publiés par M. le Dr Foucher dans l'*Union Médicale*, le *Journal Populaire d'Hygiène*, les *Annals of Ophthalmology and Otolology*, le Bulletin de la Société d'Hygiène publique, américaine et fait mention de son traité *pratique des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du pharynx* (1894). Le Dr Foucher vient de présenter à la Société française d'Ophthalmologie, de Paris, un rapport très remarqué sur le trachôme au Canada.

Monument Pasteur.—La Commission spéciale, composée des membres du Conseil de l'Institut Pasteur, et qui a pour mission d'organiser la souscription internationale, pour ériger, à Paris, un monument à la mémoire de Pasteur, a nommé un comité pour le district de Montréal, section canadienne.

En se mettant à l'œuvre, le Comité constata que le Secrétaire pour la Province de Québec, avait adressé une circulaire à tous les médecins, sollicitant leur souscription et ne faisant aucune mention de la Commission canadienne. Dans ces conditions, le Comité crut qu'il n'y avait pas lieu pour lui de continuer sa mission.

La deuxième réunion du Pan. American Medical Congress aura lieu à Mexico, en novembre 1897. Le docteur E. P. Lachapelle a été nommé Vice-Président, à Montréal, du comité d'organisation.