

MONTREAL-MEDICAL

LA CHIRURGIE A L'HOTEL-DIEU DURANT LE XIX^e SIECLE

PAR SIR WILLIAM HINGSTON

(*Suite.*)

Clinique du 18 février. (1)

Pour terminer l'histoire de la chirurgie abdominale, je dois vous parler de la splénectomie que nous avons eu l'occasion de faire en 1892.

Messieurs, le diagnostic des affections de la rate est souvent très difficile. En présence d'une tumeur occupant l'hypocondre gauche, vous devez penser à la rate, au rein et au lobe gauche du foie. Si la tumeur participe aux mouvements respiratoires et a une forme ellipsoïde allongée, vous pouvez éliminer le rein qui est indépendant du diaphragme et qui donne ordinairement naissance à une tumeur sphérique ; si la percussion vous révèle une matité absolue sur toute la surface, le lobe gauche du foie n'est pas intéressé et vous avez bien affaire à une affection de la rate ; car dans une tumeur du foie vous avez presque toujours une zone sonore entre cet organe malade et la rate, ce qui vous permet de faire votre diagnostic. Quant à l'opération, vous devez prendre les mêmes précautions que pour l'ovariotomie. S'il s'agit d'une hypertrophie de la rate, il faut éviter de faire des tractions trop violentes pour faire sortir la tumeur, parce que le pédicule est composé de gros vaisseaux très courts, et très fragiles ; afin de retirer le moins de sang possible du torrent circulaire, vous pouvez faire passer dans la rate un courant électrique pour

(1) Recueillie par P. E. L.

vider cet organe et éviter ainsi un choc opératoire pouvant devenir mortel.

Une opération que vous serez appelé à faire plus souvent que la précédente, c'est l'intervention pour la hernie. Vous savez combien les hernies sont fréquentes. Eh ! bien, devez-vous opérer tous les cas qui se présentent à vous ? Non, sans doute. Je ne parle pas de la hernie étranglée, dans ce cas l'opération s'impose ; mais lorsqu'une hernie est facilement réductible, aisément maintenue par un bandage, et que le sujet n'en éprouve ni gêne, ni douleur, vous ne devez pas proposer une opération quelque bénigne qu'elle soit.

Depuis quelques années on a abusé des faveurs de l'antiseptie ; et on a souvent opéré inutilement un trop grand nombre de hernies. Nous lisons quelquefois qu'un jeune chirurgien de 30 ans vient de faire sa 500ème opération pour la cure radicale de la hernie.

Ici nous n'avons pas opéré sans indication spéciale. Si la hernie est douloureuse, difficile à réduire, si elle provoque des troubles digestifs et que le sujet réclame une intervention, vous êtes justifiable d'opérer, même si les résultats ne répondent pas à votre attente ; car le meilleur procédé opératoire est quelquefois suivi de récurrence. Vous aurez rendu service à votre malade, parce que vous aurez substitué une légère infirmité à une maladie douloureuse, grave et menaçante.

Vous serez souvent consulté par des jeunes sujets porteurs d'une hernie inguinale qui, bien que ne souffrant pas, demandent à être débarrassés de cette hernie pour des raisons diverses. Vu les excellents résultats que donne la méthode de Bassini, vous êtes assurément autorisé à intervenir et vous pouvez espérer une cure radicale surtout si vous avez affaire à une hernie congénitale. Dans le cas d'une hernie acquise, le pronostic doit être plus réservé ; car quelquefois il y a récurrence ; et dans certains cas, après avoir guéri une hernie du côté droit, j'ai vu une nouvelle hernie se développer du côté opposé.

Passant au chapitre des résections, vous verrez que nous avons fait très souvent les résections du genou, du coude, de l'épaule, du poignet, et quelquefois de la hanche. Dans le cas du traumatisme des grandes articulations, ne vous hâtez pas d'opérer ; tentez d'abord un traitement antiseptique parfait, et n'intervenez que quand la chirurgie conservatrice ne peut

rien vous promettre. La résection pathologique s'impose si les surfaces osseuses altérées mettent la vie du malade en danger, comme dans certains cas d'arthrites tuberculeuses.

En ce qui concerne les résections orthopédiques, vous devez faire des distinctions. En thèse générale, vous rendez un grand service à votre malade en ramenant un membre inférieur dans sa rectitude normale, ou si vous corrigez une attitude vicieuse.

Mais il faut tenir compte de l'âge du patient, de sa profession, de l'état général de sa santé. Une opération est toujours dangereuse chez un vieillard ou chez un sujet dont la santé est débile. Chez un homme obligé de se livrer à de durs travaux, il vaut mieux également de respecter une ankylose, dans une position légèrement vicieuse, mais cependant compatible avec un fonctionnement utile du membre plutôt que d'exposer cet ouvrier à guérir avec une articulation mobile sans doute, mais trop lâche pour lui permettre de déployer une grande force. La résection, pour corriger une difformité, ou un raccourcissement d'un membre, est toujours légitime chez un adulte bien portant. Le malade chez lequel nous avons fait récemment une résection du coude, présentait bien toutes les indications requises ; aussi, vous voyez qu'il possède maintenant tous les mouvements d'une articulation normale.

En 1884, au Congrès de Copenhague, M. Phelps de New-York présentait une statistique de 18 cas de guérison de pieds bots par un nouveau procédé opératoire. A cette époque, nous avons eu l'avantage d'opérer ici un certain nombre de cas et de concourir à noter les bons résultats que l'on peut obtenir par la section à ciel ouvert des parties molles dans le traitement du pied bot. Cette intervention est généralement suffisante pour corriger les difformités des varus équins mêmes très prononcés, pour lesquels vous seriez tenté de proposer une résection osseuse. Chez les enfants âgés de plus de 10 ans vous aurez recours à la tarsectomie, lorsqu'il y a suture osseuse. Quelquefois, chez un même sujet, je fus obligé de faire l'opération de Phelps sur un pied et la tarsectomie sur l'autre, avec également de très bons résultats.

Mais la question que vous serez le plus souvent appelé à résoudre est celle-ci : A quel âge convient-il d'opérer un pied bot congénital ? Dès que l'enfant s'est accoutumé à prendre

le sein et que son développement marche d'une manière régulière. Le plus tôt vous opérerez, le mieux cela vaudra ; il y a grand intérêt à ce que les surfaces articulaires conservent le moins longtemps possible leurs rapports anormaux. Pour ramener le pied bot classique varus équin à sa rectitude normale :—Faites d'abord la section du tendon d'Achille avec un tenotome mousse introduit à plat entre la peau et le tendon qui fait corde, parce que vous fléchissez le pied avec votre main gauche, retournez l'instrument et divisez-le d'arrière en avant, vous entendez un petit bruit, la flexion du pied devient plus facile et le tendon est déprimé ; votre section est complète et vous n'avez qu'à donner au pied une bonne position et à le maintenir en place. Si le pied est encore enroulé sur lui-même, pratiquez de la même manière la section sous-cutanée des brides fibreuses, plantaires, superficielles ; contrairement à ce que recommandent certains auteurs, si vous constatez un raccourcissement de l'aponévrose plantaire, faites-en d'abord la section pendant que le tendon d'Achille attaché au calcaneum vous sert de point d'appui, vous opérez celui après. Le reste du traitement est de la plus haute importance. Il faut, pour conserver le pied dans une attitude normale, le placer dans un appareil orthopédique pendant toute la durée de la reconstitution des parties sectionnées.

Si vous voulez éviter toute récurrence, il vous faudra modifier souvent les appareils de soutien et tonifier la partie par des massages répétés et des mouvements dans tous les sens.

Messieurs, nous avons parcouru, à vol d'oiseau, l'histoire de la chirurgie dans l'ainé des hôpitaux de Montréal ; nous n'avons qu'effleuré les sujets qui feront durant l'année l'objet d'études plus approfondies. A ceux qui se demandent avec étonnement ce que nous avons fait, nous les invitons à consulter nos registres ; nous leur présenterons des statistiques très intéressantes, et ils pourront constater que c'est ici qu'on a fait, pour la première fois à Montréal, la grande résection du genou, l'ablation du maxillaire inférieur, l'ablation de la langue, l'hystérectomie et comme je vous l'ai déjà dit, neuf mois avant que la néphrectomie fût connue au monde chirurgical, nous avons fait l'ablation du rein avec succès.

LE CANCER DE L'ESTOMAC

PAR LE PROFESSEUR L. A. DEMERS.—HOPITAL NOTRE-DAME.

Clinique du 30 mars. (1)

Messieurs, voici un malade qui est arrivé à l'hôpital hier. Il est âgé de 54 ans; si on l'interroge sur sa maladie, il nous dit qu'il souffre de douleurs à la région épigastrique et que son appétit est considérablement diminué. Cependant il ne se plaint pas d'alternatives de diarrhée et de constipation. Mais ce qui l'inquiète le plus c'est son amaigrissement; depuis ces deux derniers mois, il nous dit avoir perdu 40 à 50 livres.

Immédiatement il nous faut penser à un cancer de l'estomac.

En effet en palpant le ventre en bas des fausses côtes à gauche je trouve une tumeur de 7 centimètres de diamètre, immobile; donc elle n'est pas adhérente au diaphragme. Le diagnostic de cancer de l'estomac s'impose.

Quelle est donc l'étiologie et la pathogénie de cette maladie? Est-ce une maladie héréditaire?

Le cancer de l'estomac est une affection des plus redoutables. Malheureusement, de tous les organes, c'est l'estomac qui est le plus souvent envahi par le cancer et donne une mortalité plus élevée. On le rencontre généralement après 50 ans.

Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Sur 15 cas que j'ai observés depuis l'été dernier, je relève 11 cancers chez l'homme, 4 chez la femme. Est-il héréditaire? On ne saurait nier complètement l'hérédité. Napoléon I, son père et sa sœur ont été atteints de cette affection. L'exemple de la transmission nous est fourni par plusieurs familles. Quand on aura prouvé la nature infectieuse de cette maladie, il en sera pour elle, quel que soit son siège, comme il en a été pour la tuberculose. On parlera plutôt du terrain. A propos de tuberculose permettez-moi une petite digression: dernièrement en France on a injecté la tuberculine à 40 enfants nés de mères tuberculeuses rendues à la période des cavernes et il n'y a pas eu de réaction chez aucun de ces enfants; donc il faut croire qu'ils n'étaient pas porteurs de germes.—L'étiologie

(1) Recueillie par M. T. Morin.

logie du cancer est encore mal connue, cependant on connaît mieux sa pathogénie.

Les symptômes varient beaucoup suivant le siège de cette lésion. C'est au pylore, puis au cardia que le cancer se rencontre le plus souvent. Les autres localisations sont comparativement rares. En dehors du rectum, de l'œsophage et de l'utérus, l'estomac est le plus riche en fibres lisses. Il a un mouvement constant et prolongé de ses fibres, au moins 6 heures sur 24 heures pour pousser son contenu dans l'intestin. Le pylore ralentissant la marche trop rapide des aliments plus ou moins bien digérés, est sujet à des tractions et des déplacements continuels ; de là une cause d'irritation locale.

Certains auteurs ont émis la théorie que la fréquence du cancer à l'orifice pylorique était due à une irritation locale et à l'appui de leur thèse ils ont démontrés qu'un corps étranger placé dans le vagin des rats donnait naissance à une tumeur cancéreuse de nature épithéliale. C'est surtout dans cette espèce que l'on observe des métastases.

Les métastases se font par voie sanguine, les radicules de la veine porte et la voie lymphatique transporte l'infection aux ganglions rétropéritonéaux, aux poumons, à la plèvre, au péricarde et au foie.

Les symptômes au début sont obscurs. L'anorexie est un des plus fréquents. Quelquefois elle fait complètement défaut. C'est une anorexie vraie, non comparable à celle de l'ulcère. Dans un cas d'ulcère, le patient ne mange pas par crainte des souffrances dues au contact des aliments avec la plaie gastrique. Dans le cancer il y a indifférence complète, le malade a un dégoût particulier pour telle ou telle substance et il préfère de beaucoup les mets épicés.

La douleur est un symptôme des plus importants. Cependant quelques cancéreux succombent sans avoir eu de douleurs. Le diagnostic se fait à l'autopsie. Le siège de la douleur varie beaucoup. Dans les cas de cancer du pylore, la douleur est ressentie à l'hypochondre gauche ou à l'épigastre. Si le cardia est affecté, la douleur sera à l'épaule gauche, à la petite courbure, et quelquefois entre les deux épaules. Si c'est au pylore nous aurons des vomissements qui arriveront deux ou trois heures après les repas, et dans ces vomissements

nous trouverons le chyme stomacal, car la digestion a eu le temps de se faire plus ou moins, ce qui serait le contraire pour le cancer du cardia. Dans 88 % il y a vomissement gris, (mare de café).

Maintenant la position que prend le malade est une indication spéciale. Voyez ce malade, il garde une position dorsale, ce qui indique que le cancer siège à la paroi antérieure de l'estomac. Chaque position a ses indications.

Ce malade nous dit aussi qu'il a craché le sang ce qui s'explique par la rupture des vaisseaux ; et au lieu d'avoir de l'hématémèse on aurait pu avoir de la melaena si ce sang était passé par les selles.

Un autre point important qu'il ne faut pas oublier, c'est de faire la palpation du foie. Il est maintenant admis que tout cancer du foie est secondaire à un cancer de l'estomac. Aussi il faut voir si cet organe est lésé et faire le diagnostic différentiel avec les autres affections de cet organe.

Un autre symptôme qui a aussi son importance c'est la phlegm^osia alba dolens ou signe de Trousseau. On l'a observé 39 fois sur 210 cas.

Quant aux adénites, permettez-moi de vous faire observer que l'on ne les rencontre pas si fréquemment qu'on est porté à le croire. A l'institut d'anatomie pathologique de Berlin sur 587 cas, on a rencontré les adénites sous-claviculaires 9 fois, axillaires 3 fois, inguinales 3 fois. Pour ma part, sur les 15 cas que j'ai observés, ce symptôme a toujours fait défaut. Aussi sommes-nous obligés d'en conclure que le symptôme le plus important est celui de la dénutrition.

Dans ce cas-ici, il serait intéressant de faire l'analyse du sang. L'analyse du chyme stomacal ne donnerait pas grand renseignement.

Le pronostic est toujours défavorable; le plus souvent les malades sont emportés dans l'espace d'un ou deux ans.

Pour combattre cette maladie nous avons deux traitements, l'un médical, l'autre chirurgical. Je m'occuperai du premier car je ne veux pas entrer dans le domaine de la chirurgie. Je ne parlerai que du traitement palliatif.

Les lavages de l'estomac vous donneront de bons résultats.

Ces lavages devront être faits 4 ou 5 heures après chaque repas, vous empêcherez ainsi la fermentation qui provoque la

dilatation de l'estomac et l'intoxication subséquente de ces malades.

On pourra aussi donner des lavements alimentaires composés ainsi: Bouillon 500 grammes, 1 à 2 œufs, deux cuillerées à soupe de poudre de viande, 5 à 10 gouttes de teinture d'opium, pour un lavement; en donner deux par jour. Ce lavement alimentaire devra toujours être précédé d'un lavement évacuant. On pourra aussi donner le nitrate d'argent pour cauteriser les ulcérations, l'opium pour arrêter la diarrhée. Le chlorate de soude a été aussi préconisé, mais les résultats obtenus ont été loin d'être satisfaisants.

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE

PAR LE PROFESSEUR SAULARD

En moins d'un mois nous venons de recevoir dans le service trois malades atteintes d'éclampsie.

Depuis longtemps l'attention des accoucheurs a été appelée sur ces petites épidémies d'éclampsie.

C'est Smillie qui en a parlé le premier, et, pour en expliquer la genèse, il faisait intervenir des conditions météorologiques sur lesquelles il ne donne du reste que des indications très vagues.

Mme Lachapelle en dit aussi quelques mots: "l'éclampsie n'est pas toujours sporadique; une femme affectée de ce mal nous en annonce une ou plusieurs autres."

Dans ma pratique personnelle j'ai vérifié bien des fois la justesse de ces propositions. Alors que j'exerçais la médecine dans les montagnes des Vosges, je restais parfois des mois et des années sans avoir une seule éclamptique; puis, sans cause apparente, j'étais appelé à en soigner plusieurs en quelques jours et en des endroits très éloignés les uns des autres.

Depuis que je suis à la tête de ce service, j'ai vu plusieurs de ces petites épidémies et en voici une nouvelle qui se déroule sous nos yeux.

A quoi donc les attribuer? Certains auteurs, s'appuyant sur le caractère épidémique de l'éclampsie et sur les élévations de

température que l'on constate chez beaucoup de ces malades, considèrent la maladie comme d'origine essentiellement infectieuse.

Je ne puis m'arrêter en ce moment à traiter cette intéressante question et me contenterai de vous dire en passant que la température n'est pas élevée chez toutes les éclamptiques ; on en voit chez qui elle reste normale et tombe même au-dessous de la normale.

Quelques mots maintenant sur nos malades.

* * *

OBSERVATION I.—La première est entrée dans le service le 9 avril 1900, à 5 heures du matin.

A son sujet j'appelle d'abord votre attention sur un fait auquel j'attache une réelle importance.

Cette jeune femme a eu la scarlatine à l'âge de dix ans. Eh bien, messieurs, renseignez-vous sur les éclamptiques et vous y trouverez souvent une scarlatine.

Voici comment les choses se passent dans ces cas :

Une enfant fait une scarlatine ; la maladie évolue régulièrement et, à un moment donné, la guérison semble parfaite.

Rien de particulier, dans les années qui suivent, n'appelle l'attention du côté des urines, et cependant ces dernières sont restées un peu albumineuses. Si l'on observait l'enfant le matin, l'on constaterait quelquefois un peu de bouffissure des paupières qui disparaît dans la journée : peut-être même la petite malade éprouve-t-elle de temps en temps quelques douleurs lombaires, mais tout cela passe inaperçu ou est attribué à tout autre cause.

La fillette grandit, se marie et devient enceinte. Sous l'influence de la grossesse la néphrite préexistante s'aggrave, l'albuminurie augmente et un beau jour survient une attaque d'éclampsie. Et tout le monde de s'étonner.

D'où cela peut-il bien venir ? Mais tout simplement de la scarlatine qui a existé huit ou dix ans auparavant.

Dans le cas particulier il s'agissait bien réellement d'une néphrite préexistante. En effet, quand la malade a quitté le service, au bout de quinze jours, son urine contenait encore 2 grammes d'albumine par litre. Je l'ai revue trois semaines après, c'est-à-dire plus d'un mois après son accouchement, et

son urine, malgré un régime lacté absolu, contenait encore 2 grammes d'albumine par litre.

Or, comme nous le verrons chez nos deux autres malades, quand il s'agit d'albuminurie purement gravidique, elle cesse ordinairement très vite après la délivrance.

A son entrée dans le service, notre éclamptique était dans un coma profond ; je la vis vers 9 h. $\frac{1}{2}$ du matin ; son état me parut extrêmement grave et l'on ne constatait chez elle aucun signe de travail. Ne voulant pas la laisser mourir sans être délivrée, je conseillai à mon chef de clinique, M. Bué, d'intervenir immédiatement. C'était une primipare ; son col était encore long et complètement fermé ; le fœtus se présentait par le sommet. Que faire ? J'eus un instant l'idée de faire l'opération césarienne, comme Halbersma, mais je l'abandonnai immédiatement : l'état de la malade me parut, en effet, trop grave pour lui faire subir une opération aussi importante. Comptant que peut-être les fibres musculaires du col étaient, comme celles des membres, en état de relâchement plus ou moins complet, je fis inciser les deux commissures du col jusqu'à l'insertion vaginale. M. Bué put alors, en fixant le col avec une pince de Museux, introduire le doigt dans l'orifice interne, et, trois quarts d'heure après, je terminai l'accouchement par une version très facile. Nous avons essayé d'abord une application de forceps, mais, pendant les tractions, les lèvres cervicales se tendaient tellement que je craignis de les voir se rompre, et l'instrument fut retiré. Le fœtus était mort et macéré.

L'on mit sur le col quelques points de suture, et la réunion se fit par première intention.

Après la délivrance, la malade eut encore trois ou quatre attaques beaucoup moins fortes que les précédentes, et elle sortit du service en un état satisfaisant, mais conservant toutefois, comme je l'ai dit, 2 grammes d'albumine par litre d'urine.

OBSERVATION II.—Notre seconde malade est entrée dans nos salles le 19 avril, à 8 heures du matin ; je la vis vers 10 heures. A ce moment, elle était assise sur son lit, ne disant rien, paraissant un peu obnubilée mais n'accusant aucun des symptômes prémonitoires ordinaires de l'éclampsie.

Elle présentait un œdème modéré des membres inférieurs,

mais un œdème beaucoup plus prononcé des grandes lèvres.

Les urines, examinées séance tenante, était fortement albumineuses.

Le travail était commencé et la dilatation grande à peu près comme une pièce de 2 francs. Les contractions étaient régulières, normales ; on attendit, tout en surveillant la malade.

Vers 1 h. $\frac{1}{4}$ de l'après-midi survint une première attaque convulsive très violente. La dilatation alors était complète, l'interne de service rompit les membranes ; l'enfant naquit une demi-heure après, en parfait état de santé.

Après la délivrance, la malade eut encore une dizaine d'accès, dont le dernier eut lieu à 3 h. $\frac{1}{2}$ du matin.

La malade sortit du service complètement guérie, n'ayant plus trace d'albumine dans les urines.

OBSERVATION III.—Cette troisième malade est entrée dans le service le 10 mai 1900, à 3 h. $\frac{1}{2}$ de l'après-midi.

Comme la première, elle était dans un coma profond ; je la vis une demi-heure après.

Son médecin, qui l'accompagnait, nous raconta qu'elle avait eu de nombreuses attaques avant son entrée ; il avait fait une application de sangsues aux apophyses mastoïdes. A mon tour, je pratiquai immédiatement une saignée de 300 grammes environ et prescrivis des lavements de chloral ; malgré cela elle eut encore quelques attaques qui ne tardèrent pas cependant à cesser.

Cette femme était enceinte pour la première fois et de sept mois environ. Quand je l'examinai, je ne constatai aucun signe de travail ; le col avait toute sa longueur et ses orifices étaient complètement fermés. Je ne songeai pas à provoquer le travail chez notre malade, son état me paraissant beaucoup moins grave que celui de la première ; je me contentai d'un traitement purement médical et l'avenir me donna raison.

Les attaques avaient cessé deux ou trois jours après ; le travail se déclara spontanément et la femme expulsa un fœtus présentant déjà quelques traces de macération.

Cette malade quitta le service complètement guérie et n'ayant plus trace d'albumine dans son urine.

Elle avait eu de la rougeole, mais non la scarlatine.

Eh bien, messieurs, que faut-il faire en présence d'un cas d'éclampsie ?

Quel traitement faut-il choisir ?

Les accoucheurs sont loin d'être d'accord relativement à la conduite à tenir dans ces cas. Ils se divisent en deux camps, les uns voulant que l'on évacue l'utérus le plus vite possible, les autres, au contraire, s'en tenant à un traitement purement médical.

Le premier qui ait provoqué le travail pour un cas d'éclampsie de la grossesse est un modeste praticien qui, en 1845, exerçait dans un petit bourg d'Alsace, Wasselonne. Il s'appelait Steinbrenner, et c'est de lui dont parle Trousseau dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu* à propos de la vaccine.

Il plaça successivement dans le col, comme on le faisait à cette époque, deux ou trois cônes d'éponge à la fois, et fit donner de quart d'heure en quart d'heure une injection vaginale d'eau tiède pour hâter le boursoufflement des cônes. Il obtint ainsi très rapidement une dilatation grande comme une pièce de 5 francs en argent, qu'il compléta en moins d'une heure avec la main. Il put extraire facilement par la version un enfant qui se présentait par l'épaule.

Dührssen a recours à une méthode bien plus compliquée. Il ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur par une incision en T, décolle soigneusement la vessie, décolle aussi et refoule vers en haut le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Il ouvre ensuite de la même manière le cul-de-sac vaginal postérieur et décolle le péritoine de Douglas. Cela fait, il incise longitudinalement le col en avant et en arrière jusqu'à l'orifice interne ainsi mis à nu.

Le chirurgien redevient alors accoucheur, rompt les membranes et procède à l'extraction de l'enfant par forceps ou version. La délivrance terminée, on suture les plaies utérines et vaginales.

Dührssen propose sa méthode pour différents cas :

1° Le cancer du col ; il la fait suivre alors de l'hystérectomie vaginale ;

2° Dans tous les cas d'obstacles s'opposant à la dilatation du col, tels que rigidité, sténose, dilatation sacciforme partielle du segment inférieur ;

3° Dans les états graves de la mère indiquant l'évacuation

rapide de l'utérus : éclampsie, affections pulmonaires, cardiaques ou rénales ;

4° L'agonie de la mère ;

5° Le décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Dührssen dit avoir employé sa méthode trente fois sans perdre une seule malade.

Eh bien, Messieurs, je ne suis pas grand partisan de ce procédé. D'abord il n'est pas à la portée de tout praticien, et exige une habileté opératoire que tout le monde ne possède pas.

Je lui reproche en outre d'être hors de proportion avec la gravité des cas auxquels son auteur prétend l'appliquer :

Il le conseille lorsque la mère est à l'agonie.

Mais, à ce moment, d'autres méthodes bien plus simples conduisent au même résultat.

Les fibres musculaires du col sont alors relâchées, et, dans tous les cas connus, la pénétration de la main dans l'utérus a toujours été facile et rapide. Dans une observation de Pellegrini la dilatation du col n'a demandé que dix minutes ; dans un fait de Hyernaux toute l'opération n'a duré que cinq minutes.

Duparcque trouva chez une femme le col non entièrement effacé et, malgré cela, la dilatation ne dura que 15 minutes.

En outre, l'accouchement par les voies naturelles, pendant l'agonie de la mère, est sans gravité. Sur les cadavres dont l'autopsie put être faite, on ne trouva que des lésions insignifiantes.

Belluzzi signale une petite déchirure du col dans le cas de Hyernaux ; dans une autre observation, on ne trouva pas la plus petite lésion, de sorte que si, par hasard, à la suite de sa délivrance, une malade se remettait, elle n'aurait même pas de suites de couches pathologiques.

Pourquoi donc alors préconiser une opération aussi compliquée que celle de Dührssen ? Votre malade serait morte avant la fin de vos manœuvres.

Dührssen recommande également sa méthode pour les cas de rigidité du col ; ici encore, je ne puis me ranger à son avis.

La rigidité anatomique est considérée aujourd'hui par la

plupart des accoucheurs comme le résultat de l'inertie utérine. Eh bien ! n'avons-nous pas à notre disposition différents moyens d'activer les contractions pendant le travail ? Qu'il me suffise de rappeler l'action de l'eau chaude

Quant à la rigidité spasmodique, les bains, la saignée de Dewees, le succinate d'ammoniaque de Stoltz, et surtout l'anesthésie en triompheront certainement.

Pour les cas de cancer, Dührssen semble employer sa méthode pour provoquer l'avortement, puisqu'il la fait suivre de l'hystérectomie vaginale. Inutile de vous rappeler, je crois, que dans ces cas, il faut tout faire pour préserver la vie totale.

Pour ce qui concerne les hémorragies par décollement prématuré du placenta, je dirai de même que l'opération est hors de proportion avec la gravité du cas. Des accidents peuvent survenir chez la mère et chez l'enfant, tout le monde est d'accord sur ce point, mais n'est-il pas plus simple de rompre les membranes que de recourir à une technique opératoire aussi compliquée ?

Et si, dans le cours de votre opération, vous lésiez la vessie, ou l'artère utérine, que deviendrait votre malade ? Elle mourrait d'hémorragie ou conserverait une infirmité répugnante qui nécessiterait, pour la guérir, une ou plusieurs opérations nouvelles.

La méthode que nous avons employée chez notre première malade nous a conduits à un excellent résultat sans compromettre en quoi que ce soit l'intégrité des organes : c'est elle que je vous conseillerais plutôt, le cas échéant, car elle est, elle, à la portée de chacun.

Favre (de la Chaux-de-Fonds) emploie une méthode qui rappelle exactement, à cinquante ans de distance, celle de Steinbrenner. Il introduit dans le col un cône d'éponge comprimée, et fait donner de demi-heure en demi-heure une injection vaginale avec de l'eau douce. Après deux heures, il remplace le premier cône par un plus gros, et continue les irrigations. Deux heures après, il essaye d'introduire un doigt, puis deux, et enfin la main entière. En cas de résistance exagérée, il fait sur le col quelques débridements peu profonds. Il a réussi à terminer ainsi un accouchement en douze minutes et un autre en vingt-trois minutes.

Mais, contrairement à tous ceux qui ont écrit sur l'éclampsie, Favre condamne, chez les éclamptiques, l'emploi du chloroforme et de l'éther, sous prétexte qu'après l'usage de ces médicaments il a constaté une aggravation notable du mal de Bright et vu survenir, peu de jours après, des attaques d'urémie. "Je sais bien, dit-il, que je suis en contradiction avec l'opinion générale des accoucheurs, mais cette détermination de ma part provient de déductions et de comparaisons que l'avenir affirmera ou rejettera."

Je suis convaincu que l'avenir les rejettera, car j'ai vu à la clinique obstétricale de mon vénéré maître, le professeur Stoltz, traiter toutes les éclamptiques par le chloroforme ; on les maintenait sous l'action du médicament pendant de longues heures, et l'anesthésique leur était administré *largamano*.

J'ai moi-même eu recours dans ma pratique personnelle au même procédé, et jamais je n'ai remarqué d'aggravation dans l'état de mes malades.

Vous savez du reste, Messieurs, que le chloroforme a l'heureuse propriété de faire avorter les accès d'éclampsie, tandis qu'il n'arrête pas ceux d'épilepsie. Ce serait même un signe dont on pourrait tenir compte pour le diagnostic différentiel.

Halbertsma a recours, dans l'éclampsie de la grossesse, à l'opération césarienne. Au Congrès de Berlin il en fit connaître six cas dont cinq se sont terminés heureusement.

Il a choisi cette méthode, dit-il, pour aller plus vite, vu la gravité extrême de l'état de ses malades.

Je vous disais à l'instant que d'autres praticiens rejettent absolument toute intervention chirurgicale pour s'en tenir à un traitement purement médical.

Cette opinion a été défendue, il y a quarante ans déjà, par M. Tarnier, dans sa thèse d'agrégation. A l'appui de son opinion, il invoquait les arguments suivants, que l'on trouve depuis cette époque reproduits dans tous les livres classiques ; L'éclampsie peut guérir et la grossesse continuer heureusement.

Pour sauver la vie de l'enfant tous les moyens de provocation du travail sont trop lents, même l'accouchement forcé avec incisions sur le col.

L'éclampsie se déclare parfois après le travail, l'évacuation utérine est donc irrationnelle.

Toutes les manœuvres nécessitées par la provocation du travail aggraveraient plutôt les symptômes et rendraient les atques plus fréquentes.

A priori, cette proposition semble justifiée par les chiffres suivants.

Charpentier a publié cette petite statistique :

En cas d'accouchement spontané, la mortalité maternelle est de 21 pour 100 ; pour l'accouchement provoqué, de 23,75 pour 100.

Schauta donne les chiffres suivants :

Accouchement spontané : mortalité maternelle, 26,4 pour 100.

Accouchement provoqué ; mortalité maternelle, 40,9 pour 100.

Ces statistiques ont été publiées à une époque où l'asepsie n'était pas encore rigoureusement appliquée à l'obstétrique ; les résultats semblent actuellement meilleurs.

Zweifel a publié les résultats de ses interventions de 1887 à 1892 :

De 1887 à 1892, il a eu recours exclusivement au traitement médical (saignée chloral, chloroforme), et soigné ainsi 49 malades, sur lesquelles 16 sont mortes, soit 32,6 pour 100 ; de 1892 à 1895 il a provoqué le travail sur 80 malades, dont 2 seulement ont succombé, soit 15 pour 100.

Il conclut naturellement de ces chiffres que la seconde méthode est préférable à la première.

En 1896, au Congrès de Genève, M. Tarnier publie lui aussi sa statistique de 1889 à 1896.

De 1889 à 1891 il a soigné 18 malades et a eu 7 décès, soit 38 pour 100, mais à cette époque il avait recours au régime lacté mitigé. A partir de 1891, il a soumis toutes ses malades au régime lacté absolu et pratiqué en outre chez elles la saignée. Il a traité ainsi 22 cas et eu 2 décès seulement, soit 9 pour 100.

Ce chiffre est encore plus beau que celui de Zweifel et semble prouver que le traitement médical peut donner, dans l'éclampsie de la grossesse, d'excellents résultats.

Un autre argument invoqué contre l'intervention immé-

diète est celui-ci : l'éclampsie peut guérir et la grossesse continuer. C'est vrai.

Auguste Michel, dans sa thèse de 1897, a réuni 452 observations d'éclampsie survenue pendant la grossesse ; cette dernière a continué 64 fois, c'est-à-dire 1 fois sur 7.

Varnier, sur 27 cas d'éclampsie de la grossesse, a vu le travail se déclarer :

17 fois dans les quarante-huit heures ; 3 fois de deux à sept jours ; 7 fois de huit jours à un mois.

Ces cas de prolongation de la grossesse sont assez nombreux pour que l'on en tienne compte et que l'on n'intervienne pas de parti pris.

Parmi les méthodes à notre disposition pour provoquer l'accouchement, il en est qui ne sont pas sans danger. Permettez-moi de vous rappeler sommairement les plus usitées.

Et d'abord, les différents ballons, Tarnier, Champetier, etc. On ne peut pas s'en servir dans tous les cas. Si la tête pèse sur le col, l'introduction du ballon est impossible et, en outre, son action est parfois assez lente. Il faut, dit Champetier, une moyenne de quatre à cinq heures pour obtenir le résultat cherché, ce qui montre que, dans quelques cas au moins, l'action du ballon sera très lente et se rapprochera de celle des méthodes ordinaires d'accouchement prématuré artificiel, sonde de Krause, douches de Kiwisch, etc. Or, dans les cas que nous étudions, il faut aller vite.

La méthode de Dührssen est trop compliquée et trop dangereuse entre les mains de la moyenne des praticiens. J'en dirai tout autant de l'opération césarienne, qui ne serait, du reste, pas facilement acceptée dans la clientèle privée.

Reste la dilatation manuelle. Je m'empresse d'ajouter qu'en présence de cette méthode, les cas sont loin d'être identiques.

Dans un mémoire, très intéressant du reste, M. Fieux, agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, se déclare plein d'enthousiasme pour ce procédé, mais en examinant les choses de plus près, l'on constate qu'il n'y a eu recours que 3 fois, et encore sur les 3 cas le travail était-il commencé dans deux. Dans le troisième, il s'agissait d'une secondipare dont la première grossesse remontait à quatorze ans. A l'arrivée de l'accoucheur, le col était souple, perméable dans toute son éten-

due et, malgré les conditions excessivement favorables que l'on ne trouve pas toujours, il fallut plus d'une demi-heure pour donner au col un diamètre suffisant au passage du forceps.

Et de ces trois seuls faits, M. Ficux conclut qu'il ne faut plus jamais employer le traitement médical, qu'il faut abandonner toutes les autres méthodes pour recourir exclusivement à la dilatation manuelle.

Mais je n'ai pas vu, dans les faits de M. Fieux, de ces cols de primipares, dont le ramollissement, beaucoup moins prononcé que chez les multipares, empêche la pénétration facile du doigt, dont les orifices restent souvent fermés jusqu'au moment du travail.

Je puis vous affirmer que, dans les cas de ce genre, la dilatation manuelle est une opération pénible, extrêmement laborieuse, et qui ne réussit pas toujours, malgré les efforts que l'on fait et les précautions que l'on prend.

Dans la séance du 15 février 1900 de la Société d'obstétrique de Paris, M. Durisay communique deux observations d'éclampsie de la grossesse traitées et guéries par la dilatation manuelle. A ce propos, M. Bar s'exprima exactement comme moi : "Certainement la dilatation rapide du col est excellente, surtout chez les multipares, mais les éclamptiques sont souvent des primipares, et, si la femme n'est pas en travail, la dilatation rapide n'est pas sans danger."

M. Maygrier admet, lui aussi, que l'opération n'est pas sans danger, surtout chez les primipares dont le col n'est pas effacé.

Je vous engage donc, Messieurs, à ne pas être aussi enthousiastes de ce procédé que M. Ficux et à vous en méfier un peu, surtout chez des primipares.

Du reste, je ne pense pas qu'il faille, dans tous les cas d'éclampsie de la grossesse, recourir à un seul et même procédé.

Je suis d'avis de tenir compte et grand compte de la gravité de la situation. L'état de la malade est-il alarmant ? Craignez-vous de la voir succomber avant le travail ? n'hésitez pas, évacuez l'utérus. Mais si l'état de la mère ne vous donne pas de si grandes inquiétudes, pourquoi donc tant vous presser et ne pas essayer un traitement purement médical ? Si vous n'en

obtenez pas le résultat désiré, vous aurez encore le temps de provoquer l'accouchement.

Il faut, dit-on, se hâter pour sauver la vie de l'enfant. Effectivement, la mortalité fœtale est effrayante dans ces cas. Sur les soixante-quatre observations de Michel dans lesquelles la grossesse se continue, vingt-trois enfants seulement sont nés vivants. Sur les trois enfants nés dans le service, deux étaient morts et macérés.

En réunissant plusieurs statistiques, M. Fieux arrive à une mortalité fœtale de 80 pour 100 qui tomberait au contraire à 20 pour 100 dans le cas d'accouchement provoqué.

Vous savez quelles sont mes idées relativement aux droits à la vie de la mère et de l'enfant ; je vous les ai exposées récemment. Faites, pour sauver le fœtus, tout ce qui vous paraîtra humainement possible, mais ne compromettez par votre intervention ni la vie, ni même la santé de la mère.

Le bromure de strontium administré dans la gastrite aiguë arrête les vomissements et fait disparaître les douleurs.

Le premier de ces effets résulterait d'une diminution de l'excitabilité des centres nerveux et des réflexes, le second dépendrait du pouvoir analgésique et antiseptique exercé par le sel de strontium, qui anraye les fermentations intestinales et diminue la production des gaz et conséquemment le tympanisme abdominal, origine de cette douleur.

* * *

L'introduction d'un morceau de glace dans le rectum produit un réflexe respiratoire qui concourt à ranimer le malade empoisonné par un anesthésique.

* * *

Le prurit anal causé par des petites hémorroïdes disparaît sous l'application locale d'un coton absorbant sur lequel vous avez versé 20 gouttes de collodion.

* * *

Le traitement de la Blénorrhagie par la levure de bière a donné de grands succès à De Mensiga.

LA TUBERCULOSE ET L'HETOL

Le traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique est une méthode définitivement arrêtée, et qui a fourni ses preuves. Elle repose sur 16 années d'études. Sa technique est fixée par l'expérimentation depuis 6 ans, et, depuis lors, elle n'a pas varié, — à part quelques modifications secondaires. C'est le seul mode de traitement de la tuberculose, où l'on ait vérifié d'une façon probante, par des observations, des expériences et des examens microscopiques nombreux, la marche de la guérison, dans le processus tuberculeux, aussi bien chez l'homme que chez l'animal. *Cinq cents* sujets environ ayant été traités sans accidents par cette méthode, on en peut conclure non-seulement à son efficacité, vérifiée même dans des cas graves de plusieurs sortes, mais encore à son innocuité, pourvu que l'on se conforme aux prescriptions dans l'exécution du traitement. L'acide cinnamique et ses sels ne sont nullement des poisons. Leur efficacité réside dans la propriété qu'ils ont de renforcer le mécanisme naturel de résistance de l'organisme à la tuberculose et d'isoler les parties malades.

Le traitement de la tuberculose n'est pas aussi simple que beaucoup le pensent. Les conceptions fondamentales sont nouvelles, et la technique également. C'est à la théorie de cette méthode qu'on doit donc s'appliquer tout d'abord. Mais d'autre part, elle ne présente pas tellement de difficultés, que le praticien ne puisse aussi, — dans les cas qui ne sont pas trop avancés — l'appliquer avec la perspective d'un bon succès. Ce qui est surtout indispensable, c'est l'exactitude et la ponctualité. Mais, quoi qu'il en soit, c'est encore l'enseignement clinique direct qui convient le mieux pour apprendre le traitement.

THÉORIE THÉRAPEUTIQUE

L'acide cinnamique et ses sels déterminent une leucocytose remarquable. Deux heures après l'injection intraveineuse d'une solution d'acide cinnamique, un accroissement des globules blancs commence à se produire (globules à noyaux multi-

ples et globules éosinophiles) : 8 heures après, il est de 2 à 2 fois et demie plus considérable et atteint alors son maximum, pour s'arrêter après 24 heures environ.

Tout autour du foyer tuberculeux se développe une inflammation aseptique, consistant dans une dilatation des vaisseaux sanguins, un apport plus considérable de leucocytes et une imbibition séreuse plus abondante. Dès la troisième semaine, apparaît, autour du foyer tuberculeux, un bourrelet de leucocytes qui, enkystant celui-ci, l'isole des parties voisines. En même temps qu'a lieu la formation de ce rempart de leucocytes, ces derniers commencent aussi à immigrer dans le tissu nécrosé du tubercule, puis de jeunes vaisseaux pénètrent en tous sens au milieu du foyer infecté. Les masses nécrosées sont résorbées. A la place des leucocytes, apparaît du jeune tissu conjonctif, à cellules fuselées et épithélioïdes (tissu à granulations); finalement, ce tissu se ratatine, et, à la place du tubercule, on ne trouve plus que du tissu conjonctif mince et filamenteux, tantôt disposé en couches concentriques, tantôt strié. En même temps que cet isolement et cette vascularisation des foyers tuberculeux étendus, on trouve de la pneumonie interstitielle; tout d'abord les leucocytes traversent les cloisons alvéolaires, plus tard ces dernières s'épaississent en se recouvrant parfois d'un tissu conjonctif filamenteux et acquièrent jusqu'à trois fois leur épaisseur primitive.

Dans les cas peu avancés on arrive comme résultat à la résorption.

Chez l'homme, on trouve aussi, en dehors de la rétraction cicatricielle, des calcifications.

Les bacilles, sur lesquels le processus n'avait exercé qu'une légère influence dans les premiers mois, deviennent difficilement colorables, et finalement disparaissent complètement.

Ces différents processus : hyperhémie, leucocytose, isolement, vascularisation, peuvent être obtenus aussi par l'emploi de l'acide cinnamique, dans la tuberculose péritonéale et dans celle des ganglions lymphatiques. La leucocytose est obtenue également par des injections sous-cutanées et intravasculaires, mais à un degré beaucoup plus faible.

L'injection des sels de l'acide cinnamique n'occasionne ni appauvrissement des globules rouges, ni affaiblissement des reins.

Il ressort de là que les points les plus importants du traitement à l'acide cinnamique sont les suivants :

- 1° La production d'une leucocytose générale ;
- 2° Le développement systématique d'un processus inflammatoire aseptique autour du foyer tuberculeux, qui a pour résultats : la production du bourrelet de leucocytes autour du tubercule, la pénétration dans celui-ci, d'abord des leucocytes, ensuite du jeune tissu conjonctif et des jeunes vaisseaux ; un peu plus tard, l'enkystement conjonctif, la résorption des masses caséuses, enfin la rétraction cicatricielle et aussi la pneumonie interstitielle.

Les effets histologiques que l'acide cinnamique provoque dans le processus tuberculeux, sont absolument les mêmes que ceux que l'on observe dans le processus de la guérison naturelle ; seulement, les effets provoqués par l'acide sont plus actifs et plus énergiques.

L'acide cinnamique n'a pas une action immunisante ; selon toute vraisemblance, il agit à la façon d'un préservatif ou peut-être d'un antidote, les toxines des bacilles de la tuberculose formant avec les sels de l'acide cinnamique des combinaisons non toxiques.

Technique de l'Injection.

On emploie des solutions de cinnamate de soude—Hétol— à 1 pour 100 et à 5 pour 100, dans l'eau ou dans une solution de sel marin à 0,7 pour 100. La solution doit être filtrée et être parfaitement claire et neutre, ou ne donner qu'une légère réaction alcaline. Il faut absolument rejeter les solutions acides. Il n'y a que l'hétol chimiquement pur, obtenu par synthèse, que l'on puisse employer.

On doit tous les jours, avant l'emploi, stériliser la solution pendant cinq minutes au bain-marie (sur lampe à alcool, à gaz, etc.)—(matras en verre coloré avec col large, dans lequel est enfoncé un tampon d'ouate).

Matériel : seringue de Pravaz, quelques canules fines, très effilées, quelques bains de Pétri, une lampe à alcool, à gaz ou à pétrole. En outre de l'alcool, de l'éther, une bande de caoutchouc élastique, de la ouate, des bandes de coton, du coton stérilisé ou au sublimé.

Comme seringue à injection, on choisit de préférence une seringue de Pravaz, que l'on puisse flamber ; elle ne doit pas servir à d'autres usages et doit être flambée avant l'emploi, ou tout au moins lavée à l'eau bouillante et ayant bouilli, ou à l'hétol en solution stérilisée. Il est bon de conserver les seringues dans de l'eau stérilisée ou dans une solution de sel marin, que l'on renouvelle avant l'emploi (grands bains de Pétri).

Les canules sont placées une demi-heure avant leur emploi dans l'alcool rectifié. Avant et après l'emploi, seringues et canules sont lavées avec une solution de sel marin à 0,7 pour 100. Les canules sont placées dans un bain de Pétri, et, après l'emploi, dans un bain vide.

Pour faire l'injection intraveineuse, on emploie une bande de taffetas gommé, qui ne sert qu'à cet usage, et que l'on nettoie fréquemment avec du savon ; elle est placée autour du bras, sans être fixée à demeure (à peu près comme pour les saignées.)

La région du fléchisseur du coude (ou la région de la veine céphalique) est frottée avec de l'ouate trempée dans l'éther. Par ce moyen, les veines font encore mieux saillie.

On injecte dans les veines du fléchisseur du coude ou dans la veine céphalique. On tient la seringue, remplie avec de la solution d'hétol (éviter les bulles d'air), la partie antérieure entre l'index et le médius, le pouce sur le piston ; le creux de la main est tourné vers la gauche ; le petit doigt peut être appuyé sur le bras du patient. On place le bras sur un coussin cunéiforme recouvert d'une serviette propre (la base du coussin appuyée contre le corps du patient) le bras doit être fortement allongé et plutôt quelque peu tendu.

La seringue est maintenue parallèlement à l'axe longitudinal de la veine dans laquelle on veut faire l'injection ; on enfonce la canule dans la veine, sous un angle moindre et presque parallèlement à elle, et le liquide est évacué par pression du pouce. Si l'on est dans la veine, on sent que la seringue pénètre dans un espace libre et on évacue facilement son contenu qui disparaît aussitôt dans la circulation, sans laisser d'enflure. Sur la piqûre on place un morceau de gaze stérilisée ou au sublimé, que l'on fixe par quelques tours de bandage. On peut enlever le pansement une heure après. On enlève la bande élastique tout de suite. Si l'on croit ne pas

être tombé sur la veine, on retire la canule et l'on fait une autre piqûre. L'injection intraveineuse est sans douleur ; parfois le malade se plaint d'une légère brûlure qui disparaît avec l'enlèvement de la bande élastique. Si l'on fait l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, il se produit alors une légère enflure ; celle-ci reste peu de temps douloureuse, un emplâtre de Priessnitz suffit cependant pour écarter toute douleur.

L'injection n'a pas de suites immédiates fâcheuses. Il n'y a que sur quelques femmes nerveuses que j'ai pu observer parfois, le jour de l'injection, un certain malaise.

Dans les muscles fessiers, l'injection est conduite comme l'injection des sels de mercure ; on choisit de préférence les régions hautes et postérieures des fesses, qui sont au toucher le plus charnues ; évitez la région de l'ischion et des vaisseaux fessiers.

On frotte avec l'éther l'endroit de l'injection, et l'on recouvre ensuite d'un petit morceau d'emplâtre agglutinatif.

L'emploi de la seringue, de la dissolution, etc, est le même que dans les injections intraveineuses.

Professeur LANDERER.

NOS TUBERCULEUX

Les 3,000 victimes qui chaque année dans notre Province de Québec tombent frappées par la tuberculose, devraient éveiller l'attention des autorités sanitaires. Il incombe à tout médecin le devoir de tracer la route à suivre pour enrayer la contagion toujours grandissante de cette terrible affection. En attendant que la ville de Montréal soit dotée d'un sanatorium suburbain pour les 300 phthisiques qui donnent leur maladie à 350 personnes qui mourront l'an prochain, nous demandons, à messieurs les membres du Comité de l'Hygiène, de tenir à la disposition des médecins un règlement hygiéno-diététique du tuberculeux, qui sera remis et expliqué aux malades qui réclament un tel régime.

DR KNEIPP.

Trois gouttes de teinture de gelsémium à toutes les deux heures font disparaître l'hémicranie menstruelle.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Du danger des jouets fonctionnant avec la bouche

Les jouets occupent une telle place dans la vie de l'enfant, qu'on ne saurait apporter trop d'attention aux inconvénients qu'ils peuvent avoir parfois. L'enfant est déjà, par son inexpérience, assez exposé à mille dangers sans que, sous prétexte de l'amuser, on lui fournisse encore des armes contre lui-même.

Depuis longtemps on a mis en garde contre les jouets revêtus de couleurs plus ou moins voyantes et qui trop souvent cachent sous d'aussi belles couleurs de violents poisons.

On a signalé également le danger de certains jouets qui, comme le serpent de Pharaon formé de sulfocyanure de mercure, seraient capables, même à petite dose, d'empoisonner l'enfant qui par malheur en porterait un morceau à sa bouche.

Mais il est des jouets de genres très différents d'ailleurs, qui n'ont point jusqu'ici attiré l'attention sur les méfaits qu'ils sont susceptibles de provoquer. Je veux parler de tous ces jouets qui fonctionnent avec la bouche : sifflets, trompettes, sujets en caoutchouc ou en baudruche que l'on gonfle par insufflation, mirlitons et autres instruments à vent, que les enfants aiment tant et qui ont à leurs yeux d'autant plus de valeur qu'ils font plus de bruit.

Avez-vous jamais réfléchi par combien de bouches est passé un tel jouet avant d'arriver à celle de votre enfant ? Il a d'abord été essayé par celui qui l'a construit, puis par le marchand et cela plusieurs fois en moyenne pour chaque objet, soit qu'il veuille attirer l'attention du public, comme le font tous les camelots du boulevard, soit qu'il veuille en montrer le fonctionnement. Pour peu que l'acheteur soit légèrement indécis et aime se rendre compte avant d'acheter, le client et le marchand en essaieront plusieurs, chacun de leur côté, jusqu'à ce qu'ils en aient trouvé un qui fonctionne à souhait. Ce petit exercice se reproduit à chaque acheteur, d'où vous pouvez conclure le nombre de bouches par lesquelles aura passé le jouet avant d'arriver à votre enfant. Mais ce n'est

pas tout encore, car aussitôt en possession de l'instrument, tout l'entourage du bébé voudra le faire fonctionner, puis ce sera le tour des petits camarades, souvent amis d'une heure et venus on ne sait d'où.

On défend aux enfants par simple mesure de propreté de mettre dans leur bouche tout ce qui leur tombe sous la main ; on s'est élevé avec force et on a eu grandement raison, contre l'usage du nouet encore trop répandu dans certaines familles, et, à côté de cela, on leur donne à se mettre dans la bouche un bout d'os ou de métal déjà souillé au contact des lèvres d'individus inconnus et souvent malades.

N'y a-t-il pas là une inconséquence flagrante ? Ne serait-il pas logique, alors qu'on pousse si loin et avec raison les précautions pour tout ce qui touche à l'alimentation de l'enfant, de songer aussi aux jouets qu'il suce ?

C'est très bien de faire bouillir le biberon avant chaque tétée ; c'est très bien de stériliser le lait pour éviter la transmission possible de la tuberculose ; mais l'enfant n'a-t-il pas autant de chances de contracter la maladie en portant à sa bouche plusieurs fois par jour un jouet qui a passé déjà dans la bouche d'une dizaine de personnes sur la santé desquelles vous n'avez aucun renseignement ?

Vous ne voudriez pas manger avec la cuiller ou la fourchette qui aurait servi déjà, sans être lavée, à un autre individu, et vous n'hésitez pas à mettre dans votre bouche et dans celle de votre enfant l'extrémité d'un jouet qui a été sucé par des inconnus parfois plus sales que propres, souvent malades !

On pourra m'objecter que je n'ai point d'observations à l'appui de ce que j'avance, que je ne puis citer aucun cas certain de contagion ayant cette origine ; cela est vrai. Mais si nous concluons par analogie avec les faits connus depuis longtemps et bien démontrés, il ne semble pas téméraire de dire que la contagion doit exister. Nous savons tous que la salive et les crachats, même desséchés depuis longtemps, sont un excellent véhicule pour le bacille tuberculeux ; or, la statistique prouve par ailleurs que la tuberculose est maladie assez fréquente, surtout dans la classe pauvre (ouvriers, camelots, petits marchands). pour pouvoir soutenir qu'un jouet qui a passé par une dizaine de bouches a bien des chances pour avoir été sucé par un tuberculeux.

Nous n'avons parlé que de la tuberculose, mais beaucoup d'autres maladies sont transmissibles de cette façon. La transmission de la syphilis par la salive est connue et une foule de maladies de l'enfance, diphtérie, impetigo, rougeole, etc., sont susceptibles de se propager par l'usage d'un tel jouet commun à plusieurs enfants. Aussi, ne serait-il pas exagéré, alors qu'on cherche à préserver l'enfance par tous les moyens possibles, de songer un peu à cette cause de contagion et de mortalité qui pour être moins saillante à première vue, n'en est pas moins certaine.

Que peut-on faire pour obvier à ce danger permanent ? Supprimer ces sortes de jouets serait évidemment le plus simple, mais ce moyen trop radical serait impraticable.

Ce que l'on peut et ce que l'on devrait toujours faire avant de donner à l'enfant un jouet à mettre dans sa bouche, c'est de le désinfecter soigneusement soit par la chaleur ou l'eau bouillante, si la matière dont il est fait s'y prête sans inconvénients, soit par des lavages avec une solution antiseptique.

L'impossibilité de stériliser un jouet de cette nature devrait être une cause absolue d'élimination.

On devrait de plus éviter que l'enfant prête son jouet à qui que ce soit.

De cette façon l'hygiène serait respectée et l'enfant pourrait, sans risquer de compromettre sa santé, conserver ses jouets favoris.

Dr René MESNARD,
*Ancien interne de l'Assistance publique
de Paris.*

270 cas d'hypertrophie de la prostate traités par la résection bilatérale des canaux déférents a donné 30 pour cent de guérison complète, 33 pour cent d'amélioration, 25 pour cent ont reçu aucun bénéfice de l'opération, et 11 pour cent sont morts ; cette mortalité doit être attribuée à l'affection rénale dont souffrait ces malades.

Dans le "délirium tremens" un bain froid à 18° centigrade durant 10 à 15 minutes à toutes les deux heures agit très bien contre la fièvre et le délire.

SUPPURATIONS ET ERYSIPELE

Nous savons que le tégument externe donne asile, entre les lamelles épidermiques, à quantité de microbes, streptocoques, staphylocoques, etc., qui ne se différencient en rien des microorganismes de l'érysipèle, du furoncle et des suppurations de toute nature.

Ainsi que M. Marfan l'a fait remarquer, le staphylococcus pyogène, qui existe à l'état normal à la surface de notre peau et dans nos cavités naturelles, ne devient pathogène qu'à l'occasion du trouble de l'organisme.

S'il s'agit d'un individu lymphatique, le staphylocoque engendre l'impétigo.

Si l'organisme est cachectisé, il donne naissance à l'ecthyma. S'agit-il d'un diabétique, le staphylocoque peut faire ces énormes anthrax et ces gangrènes étendues, fréquentes chez ces malades.

L'expérimentation explique ces faits :

Ainsi, on peut introduire sous la peau de la paroi abdominale du lapin, le microbe de la suppuration, et, très souvent, il n'en résulte aucun dommage.

Mais il en est tout autrement, et la suppuration est presque certaine si les mailles du tissu cellulaire ont été distendues par un liquide peu irritant et, à plus forte raison, si elles ont été modifiées par quelque irritant chimique. C'est ce que l'on retrouve en clinique dans les érysipèles, les phlegmons des cardiaques, des œdémateux de tout ordre, chez lesquels la suppuration est si facile à se produire.

L'expérience d'Otto Bujwid est fort démonstrative à ce point de vue. Il a déterminé quelle était la dose nécessaire de culture de staphylocoque à injecter pour provoquer un abcès. Après s'être assuré qu'une dose inférieure ne provoquait plus rien, il a additionné cette même dose de culture d'une certaine quantité de sucre et il a vu que cette faible dose provoquait alors la suppuration.

De mêmes certaines substances chimiques dont l'emploi est fréquent en chirurgie, telles que l'acide phénique et le sublimé, si elles sont employées à fortes doses, exercent sur les tissus une vive irritation.

Le traumatisme agit aussi en affaiblissant la vitalité des cel-

lules. On peut voir se développer l'infection sous l'influence de micro-organismes qui ne deviennent pathogènes que pour un organe traumatisé, alors qu'ils seraient indifférents sur un viscère normal.

Dans tous ces cas, le micro-organisme n'a pas varié, mais c'est le terrain spécial qui a donné au microbe sa virulence exceptionnelle. C'est ainsi qu'une bactérie qui est impuissante à devenir pathogène sur un organisme normal peut provoquer de profondes lésions chez le strumeux, et entretenir ces inflammations si tenaces qu'on observe sur les enfants chétifs.

LA GLANDE SEBACEE ET L'ESTOMAC

Il est un autre état de l'organisme dont l'influence n'est pas douteuse sur l'apparition de certaines suppurations. Le trouble des fonctions digestives, à la suite d'écarts de régime, d'une alimentation trop animale, trop alcoolique, de fatigues, est une cause très fréquemment constatée d'éruption furonculaire ; sur ce terrain prédisposé, les staphylocoques précédemment inoffensifs sur l'épiderme, envahissent les follicules.

Nous avons déjà insisté sur le rôle du diabète dans la pathogénie des suppurations, des gangrènes. La présence du sucre en excès dans les tissus agit de même pour l'éclosion du furoncle et de l'anthrax.

La menstruation ne paraît pas non plus indifférente. Le staphylocoque peut rester latent dans l'intervalle des périodes menstruelles et reprendre sa virulence au moment des règles. Il existe une furonculose menstruelle comme il existe un érysipèle menstruel.

Avec leurs causes déterminantes variables, et suivant le degré d'affaiblissement de l'organisme, la gravité, la marche, la terminaison de ces furoncles sera différente. Le furoncle peut n'être qu'une suppuration toute locale et très bénigne, ou, au contraire, s'étendre, donner lieu à ces anthrax énormes des diabétiques et des mauvais états généraux, qui peuvent entraîner la mort. Suivant l'état de l'organisme, il faut donc dire, avec Nélaton: "il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax."

L'éruption acnéique serait ainsi infectieuse et auto-inoculable de proche en proche. Les résultats du traitement vérifient cette influence, le traitement local l'antisepsie soignée du tégument externe est insuffisante si le malade n'est pas soumis à un ré-

gime sévère; si le café, les liqueurs, les salaisons, les poissons, gibier, etc., ne sont pas interdits. On voit, en effet, concorder souvent avec un nouvel excès, un écart de régime, une nouvelle poussée acnéique ou furoncleuse.

PHLEGMON DIFFUS.—Nous savons qu'en étudiant le streptocoque on ne peut distinguer le microbe de l'érysipèle de l'agent de la suppuration. Il n'y a pas non plus de caractères fixes qui permettent de séparer les agents pyogènes des suppurations limitées, des phlegmons simples, des phlegmons diffus. Quelle que soit la suppuration, c'est un streptocoque ou un staphylocoque de forme vulgaire qui doit être incriminé. Si on ne tenait compte que du microbe, toutes les suppurations devraient être semblables. Quels facteurs interviennent donc pour faire d'une suppuration circonscrite une suppuration diffuse, envahissante et gangreneuse? Est-ce la virulence du microbe qui est devenue plus active? C'est plutôt dans l'état de l'organisme qu'on en trouvera l'explication.

L'influence des dyscrasies sur l'évolution de ces suppurations diffuses est bien connue. Les vieillards affaiblis, les ivrognes, les cardiaques, albuminuriques ont souvent des phlegmons diffus. Ils sont très fréquents également chez les diabétiques, c'est là leur terrain de prédilection, et les tissus sont doués d'une si faible résistance que le traitement le mieux approprié ne parvient pas à les limiter.

Il en est de même des sujets profondément déprimés; une piqûre anatomique, bénigne chez un individu résistant, pourra entraîner un phlegmon diffus chez des malades alcooliques et surmenés. Les anciens avaient bien noté ces différences individuelles, et on disait que "tous les individus ne sont pas égaux devant le même cadavre."

Nous avons cherché à établir dans ce travail que la maladie infectieuse reconnaît deux facteurs, le microbe et le trouble fonctionnel de l'organisme. Les germes pathogènes que nous portons en nous, à l'état de virulence latente, ne deviennent virulents qu'à l'occasion d'un état pathologique de l'organisme, et les caractères de la maladie infectieuse dépendent plutôt de l'état de l'organisme impressionné par le virus que de la nature même de ce virus.

Il ne faut donc point oublier,—cela est très important pour la prophylaxie et la thérapeutique,—que l'organisme joue un rôle

capital dans la pathogénie des maladies infectieuses et que l'on ne doit pas seulement voir dans la maladie un microbe, mais un organisme qui réagit et donne à la maladie son individualité selon sa faiblesse ou sa résistance.

LES AFFECTIONS PULMONAIRES ET LES BAINS CHAUDS CHEZ LES ENFANTS

Il faut employer les bains chauds d'une façon systématique chez les enfants, si les cas sont graves et si la température reste élevée, et les donner de trois heures en trois heures. Dans les autres cas, il faut les répéter dès que la température arrive à 39° C. Par conséquent, moins le cas est sérieux, moins il y a de bains par vingt-quatre heures. Cependant on n'en donne jamais moins de deux, un le matin et un le soir.

Ces bains durent selon les malades, de cinq à dix minutes. Leur température varie de 36° et 38° C.; pendant toute la durée du bain, une compresse imbibée d'eau froide est maintenue sur la tête du malade pour l'empêcher de se congestionner. Après chaque bain l'enfant est roulé dans une couverture et on lui fait boire une cuillerée à café de grog.

Les indications des bains chauds dans les affections des voies respiratoires sont très nombreuses. Il faut tout d'abord considérer leur action préventive. Dès qu'un enfant tousse, alors même que l'auscultation ne révèle que quelques râles, on peut le mettre au bain et il est rare qu'après le second ou le troisième bain il n'y ait pas retour absolu à la santé. Puis leur action curative; ici, il faut les employer dans tous les cas de bronchites simples, bronchites capillaires, broncho-pneumonies primitives ou secondaires, et pneumonies, à quelque période de la maladie que l'on soit appelé auprès du malade. Toujours on donnera les bains systématiquement, le thermomètre à la main.

Quand le cas est grave, il faut commencer par donner un bain sinapisé, d'une durée variable, celle qui est nécessaire pour amener la rubéfaction de la peau. Ce bain n'est renouvelé qu'une fois par vingt-quatre heures, s'il y a lieu; le reste du temps on donne les bains simples.

Les effets de cette méthode sont fort rapides à se produire; il est très rare qu'on soit forcé de donner des bains pendant plus de trois jours; dès le premier, il se fait une détente, la

température baisse un peu, l'enfant respire mieux, devient plus calme et s'endort ; les bains suivants accentuent ce mieux et commencent à faire disparaître les signes d'auscultation. Le plus souvent on voit la température tomber, par exemple, en un jour, de 39° 8 à 38° 2 C. pour ne plus remonter. Les bains exercent leur action favorable sur le système nerveux, sur les fonctions de la peau, sur l'appareil rénal et sur la température.

DR. TRUDEL.

**EPIDEMIES DE FIEVRE TYPHOÏDE, DE SCARLATINE
ET DE DIPHTERIE, CAUSEES PAR L'USAGE
DU LAIT**

M. Kober (de Washington) a relevé 195 épidémies de fièvre typhoïde, 99 de scarlatine et 36 de diphtérie propagées par la consommation du lait.

Sur les 195 épidémies de fièvre typhoïde, dans 148 la maladie a existé surtout à la ferme ou à la laiterie. Dans 51 cas le lait a été probablement contaminé par l'eau servant à laver les ustensiles ; 16 fois l'addition frauduleuse d'eau a été prouvée. Dans 7 cas l'infection est attribuée aux vaches buvant ou pataugeant dans de l'eau souillée par les égouts. Dans 24 épidémies les employés de la laiterie étaient en même temps garde-malades. Dans 10 autres cas les laitiers continuaient leur service tout en étant atteints de dothiéntérie. On constata, une fois, que les bidons étaient nettoyés avec les torchons à l'usage des typhoïdiques. Enfin, dans deux cas, les employés de la laiterie avaient des rapports avec les individus employés aux vidanges et, une fois, le lait avait été conservé dans la chambre d'un malade.

Dans les 99 épidémies de scarlatine, la maladie sévit dans 28 d'entre elles surtout à la vacherie. Dans 6 cas, partie des laitiers logeaient dans des maisons infectées. A deux reprises l'infection se fit par des récipients infectés. La contagion se fit par le personnel, atteint ou convalescent de scarlatine, dans 17 cas, et dans 10 autres par des individus cumulant les fonctions de garde-malades. Trois fois le lait était resté dans la chambre d'un scarlatineux. Une fois les ustensiles furent nettoyés avec un torchon infecté. Dans 19 cas les vaches étaient malades (f. puerpérale, inflammation des trayons et du pis).

Sur les 36 épidémies de diphtérie, la maladie existait 13 fois à la vacherie. Dans 3 cas, les employés bien que malades, continuaient leur service. 12 fois les vaches étaient atteintes d'inflammation de la mamelle. Le lait des vaches atteintes de ces maladies détermina, sans doute, des inflammations folliculaires aux amygdales à streptocoque et à staphylocoque de la pseudo-diphtérie, souvent difficile à distinguer de la vraie diphtérie.

L'ALOPECIE

L'étude approfondie de trois cents cas d'alopecie observés parmi la clientèle privée m'ont permis de déduire les conclusions suivantes :

1. La chute des cheveux est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme qui n'a que 90,000 cheveux.

2. L'état célibataire ou marié n'a aucune influence sur les cheveux.

3. Les travaux intellectuels et surtout les préoccupations, les peines, les soucis, sont des causes déterminantes de l'alopecie.

4. Dans 66 p. 100 des cas la chute des cheveux arrive avant la trentième année.

5. Sur 300 observations, 132 personnes avaient une histoire de famille retraçant bien l'hérédité. Si c'était une femme qui souffrait de chute des cheveux, l'histoire maternelle nous renseignait. Chez l'homme il fallait remonter à l'hérédité paternelle.

6. Après l'hérédité, les désordres d'une nutrition défec- tueuse est la cause la plus importante.

7. Dans 72 p. 100 des cas on trouve une cause locale : sé- borrhée, pityriasis, exzéma, dermatite.

8. Les médicaments qui donnent les meilleurs résultats sont: le soufre, la résorcine et les préparations mercurielles.

9. Après la disparition des pellicules, le meilleur stimulant du follicule pileux c'est le *massage*.

10. Pour conserver la souplesse du cuir chevelu et prévenir l'alopecie l'on doit recommander l'usage modéré d'une prépa- ration huileuse aseptique.

DR. JACKSON.

NOUVELLES

UNIVERSITE LAVAL

24 avril, 1901.

Une conférence sera donnée au profit des Laboratoires de la Faculté, par M. l'abbé Choquette, du collège de Saint-Hyacinthe, le 24 avril prochain, à 8 heures du soir.

Sujet traité.—De l'électricité dans ses applications les plus modernes.—Expériences et démonstrations pratiques.

Prix du billet, 75 cents.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR HERVIEUX.

Séance du 12 mars.—M. FOUCHER, au nom du comité chargé d'étudier la question de l'hôpital civique, fait rapport que sous la direction d'un bureau médical la proposition de Sa Grandeur Mgr Bruchési concernant l'érection d'un hôpital civique rencontre l'opinion générale des membres du comité.

M. DEMERS demande que l'hôpital civique, quel que soit le projet adopté, soit d'un accès facile aux élèves qui devraient profiter de l'enseignement clinique sur les maladies contagieuses.

M. MARIEN rapporte un cas d'ostéotomie trochantérienne qu'il a faite dernièrement avec succès chez un jeune garçon âgé de 13 ans.

Ce petit malade, guéri d'une coxalgie, souffrait d'une luxation sous-cotyloïdienne, d'abduction de la cuisse, et d'une flexion de la jambe, formant un angle de 150 degrés. Il s'agissait, dit-il, de corriger cette difformité et un raccourcissement de 9 pouces. Il ne fallait pas songer à l'ostéoplasie ni au redressement forcé; nous avons choisi l'ostéotomie trochan-

térienne qui nous a donnée un bon résultat. Après l'opération, la jambe fut placée dans un appareil plâtré avec extension continue durant trois semaines. La cinquième semaine le malade put commencer à marcher à l'aide d'une béquille. Aujourd'hui, il marche très bien sans appui, n'ayant qu'un raccourcissement d'un demi pouce.

M. DAIGLE présente une intéressante observation de pleurésie purulente survenue à la suite d'une broncho-pneumonie chez une petite fille âgée de quatre ans et demi. Le traitement médical n'ayant pas enrayé la marche de la maladie, la thoracentèse fut pratiquée et on retira quatre chopines de matières purulentes streptococciques. La suppuration demeurant abondante, la pleurotomie fut faite 8 jours après. A la suite de quelques pansements, sans avoir pratiqué aucun lavage, la petite malade se rétablit rapidement et se porte aujourd'hui très bien.

M. DEMERS fait remarquer que, dans la pleurésie avec épanchement, il y a indication opératoire s'il y a matité de l'espace de Traube. Pour se renseigner sur la nature du liquide épanché, Lanceraux, dit-il, conseille une ponction exploratrice et fait la pleurotomie si l'analyse révèle la présence du streptocoque.

Séance du 26 mars. — M. BOUCHER développe le projet de l'organisation spéciale pour la distribution gratuite du lait pur aux nourrissons pauvres et demande le patronage de la Société Médicale.

Proposition qui fut adoptée à l'unanimité :

M. MERCIER présente un rapport complet sur l'étude du traitement de l'hydrocèle. Après avoir fait le procès des différents topiques employés, de l'acupuncture, de l'incision simple, de l'excision partielle de la tunique vaginale, il condamne ces différents procédés, rejette l'excision totale de la vaginale qui donne assurément une cure radicale : "mais, dit-il, je viens vous proposer une nouvelle méthode qui possède tous les avantages de la précédente et qui n'a pas l'inconvénient d'être aussi longue et de donner naissance à des hémorrhagies : je veux parler du *retournement de la tunique vaginale*." L'orateur fait l'histoire de cette intervention. Il rappelle que depuis 1858 M. Legueu en est le propagateur à Paris et rapporte cinq guérisons radicales à la suite de cette opération qui

consiste à faire une boutonnière à la partie supérieure de la vaginale à travers laquelle il fait passer le testicule et retourner ainsi la vaginale. Les sécrétions de la muqueuse n'ont jamais causé de trouble à ses opérés.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

À L'INSTITUT VACCINAL DE MONTREAL

Mardi, le 2 avril, en réponse à la gracieuse invitation de MM. les docteurs G. Archambault et J. Leduc, un grand nombre de membres de la société se sont rendus à l'institut pour visiter l'établissement. Messieurs les directeurs ont donné des renseignements des plus instructifs sur leurs méthodes de procéder pour la semence et la récolte du vaccin. Tous ont constaté avec plaisir que l'aménagement est des plus aseptiques et des plus modernes, que la technique opératoire est des plus scientifiques et que le virus vaccin exempt d'impureté doit être excellent.

Aussi les résultats obtenus par les médecins vaccinateurs de la ville sont très éloquents.

Plusieurs rapportent avoir vacciné 200, 300 et 500 personnes, et ne jamais avoir observé plus de 3 à 5 pour 100 d'insuccès.

Depuis 2 années 54 mille personnes ont été vaccinées avec la lymphé fournie par l'institut et aucune plainte ne fut rapportée au bureau.

Sans le secours du gouvernement, une installation aussi parfaite et aussi dispendieuse ne saurait rémunérer les directeurs dévoués à des travaux de la plus haute importance et d'une nécessité absolue.

Traitement de l'Erysipèle : Lavage antiseptique de la partie affectée. Scarification légère ; puis faites une douce compression avec de la tarlatane pour faire boire la sérosité exudée ; pansement une fois par jour à l'Ichthyol à 60 p. c., résultat : mort des streptocoques et, vie joyeuse, à votre malade.