

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.

- 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:

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 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.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE
ET D'OBSTÉTRIQUE.

Directeur-Gérant - DR J. B. A. LAMARCHE.

Rédacteur en chef - DR E. P. BENOIT.

VOLUME XXVII

NOUVELLE SÉRIE VOLUME 2



MONTREAL
EUSÈBE SENÉCAL & CIE, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
20, RUE SAINT-VEGENT,

1898

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

PAGES

Strothérapie, tubage et trachéotomie.—Deux ans d'expérience personnelle.

—*Résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie,*
(suite et fin) par J. L. ARCHAMBAULT, de Cohoes.....

5

Des affections du sein pendant la période puerpérale, par le Dr E. A.
René de COBRET, médecin de la Maternité, professeur adjoint
d'obstétrique à l'Université Laval.....

28

NOTES DE CLINIQUE.

Tumeurs du sein, clinique du prof. TILLAUX, avec observations complé-
mentaires par le Dr Eug. ST-JACQUES, Paris.....

38

(Voir la suite, page 3.)

“ Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique
Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMERZ.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences
ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute pro-
portion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique—dans le
traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, **La Listerine** occupe une place impor-
tante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses
effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruptions acides et de fermenta-
tions dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listerine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas,
employée seule, par cuillère à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un
soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBRET'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS.—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète,
Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.
Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux
Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par W. LLOYD WOOD, Agent.

En écrivant mentionnez ce journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,

MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1.25
“ “ “ “	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Farenheit.

Seringues Hypodermiques	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de
campagne.

Flours sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

PAGES

REVUE DES JOURNAUX.

CHIRURGIE.

<i>Traitement et opérations applicables aux hémorrhôïdes</i> (Lucas Cham- pionnière).....	47
<i>La radiographie du cerveau</i>	27
<i>Le flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux</i>	46
<i>Extraction de bouchons de cérumen au moyen de l'eau oxygénée</i>	46

REVUE D'HYGIÈNE.

<i>Les statistiques de 1896</i>	54
<i>La prophylaxie de la tuberculose pulmonaire</i>	57

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

<i>La charte de l'hôpital Notre-Dame</i>	60
<i>La nouvelle loi des médecins</i>	63

BIBLIOGRAPHIE.....	37, 53
--------------------	--------

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - **MONTREAL**

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - Discompte de 5% au comptant.

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries GaiFFE (de Paris)
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)
Dubois, etc.

La plus soigneuse et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine
de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE

de Chaux et de Fer effervescent.

La Biosine représente le plus complet des reconstituants et des toniques de l'organisme. Son action puissante s'opère à la fois sur les systèmes nerveux, osseux et sanguin, c'est-à-dire sur l'ensemble des éléments vitaux.

Elle se recommande par son emploi et son goût agréables. N'étant pas à base de sucre, elle convient à tous les tempéraments, n'amène pas la constipation et peut être mise en usage par les diabétiques.

Prise au repas, elle active la digestion par l'acide carbonique qu'elle dégage, et qui facilite son assimilation.

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATES EFFERVESCENTS

LE PERDRIEL

de Soude, de Chaux ou de Fer.

Régénérateurs et stimulants du système nerveux, dont ils constituent l'élément vital. L'action bienfaisante de la chaux et du fer sur la substance osseuse et la sang complète la médication par les glycérophosphates.

Se recommandent par leur emploi et leur goût agréables. N'étant pas à base de sucre, ils conviennent à tous les tempéraments, n'amènent pas la constipation et peuvent être mis en usage par les sujets diabétiques.

Pris aux repas, ils activent la digestion par l'acide carbonique qu'ils dégagent et qui facilite leur assimilation.

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

ERGOTINE YVON

Solution Titrée d'Ergot

PARIS, 7, rue de la Feuillade, 7, PARIS

Cette solution, rigoureusement dosée (un centimètre cube représente un gramme d'ergot) est inaltérable.

Elle renferme tous les principes actifs de l'ergot de seigle, à l'exclusion des matières inertes et même dangereuses. On l'administre par la voie stomacale (de 20 à 60 gouttes par jour), ou mieux en injections hypodermiques, à la dose d'un demi à un centimètre cube, dans le voisinage du lieu de l'hémorrhagie.

INDICATIONS PRINCIPALES :

Hémoptyses, Epistaxis, Prolapsus du rectum, Hémorrhoides, Hémorrhagies utérines consécutives à l'accouchement ou provoquées par l'existence de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, Atonie de l'estomac et de l'intestin, Sueurs nocturnes des phthisiques, etc.

AVIS IMPORTANT

Pour s'assurer de l'efficacité de ces produits, MM. les Médecins devront toujours ordonner

ÉLIXIR YVON

Polybromuré

PARIS, 7, rue de la Feuillade, 7, PARIS

L'emploi de cet élixir permet de continuer pendant des mois et même des années le traitement bromuré, sans avoir à redouter les accidents cérébraux ou cutanés qui accompagnent toujours l'administration du bromure de potassium employé seul, quelle que soit d'ailleurs sa pureté chimique et la forme pharmaceutique sous laquelle on le présente. C'est ce qui explique les succès à peu près constants obtenus avec cette préparation. Elle renferme par cuillerée à bouche 3 grammes de bromures, soit 1 gr. par cuillerée à café.

Dose : 3 à 12 grammes par 24 heures.

INDICATIONS

Epilepsie, Hystérie, Danse de St-Guy, Asthme, Insomnies, Névralgies, Migraine, Spermatorrhée, Glycosurie, Gastralgies, Neurasthénie, etc.

SE MÉFIER
DES
CONTREFAÇONS

L'ÉLIXIR et L'ERGOTINE YVON
avec l'adresse : 7, rue de la Feuillade
YVON & BERLIOZ, Paris

Dépôt à MONTRÉAL : ARTHUR DÉCARY et dans toutes Pharmacies & Drogueries

EXIGER NOTRE
CACHET
DE GARANTIE

TRAVAUX ORIGINAUX

“SÉROTHÉRAPIE, TUBAGE ET TRACHÉOTOMIE.”

DEUX ANS D'EXPÉRIENCE PERSONNELLE.

Résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie.

Par J. L. ARCHAMBAULT, M. D., Cohoes, N. Y.

(Suite et fin.)

OBSERVATIONS.

Obs. XXXVI.—Osias B., 6 ans.

Le 27 Déc. 1897. Garçon chétif, convalescent, ou plutôt traînant en lan-gueur d'une inflammation de poumon, contractée il y a 10 semaines et passée à l'état chronique. Depuis 24 heures, beaucoup plus mal. Ce soir, à 6 heures, à notre 1ère visite, P. 130, T. 103, gorge douloureuse à la déglutition, amygdales gonflées et recouvertes en partie d'une fine et indistincte pellicule perlée. Il y a 2 semaines, son frère, Omer, 9 ans, a eu la diphtérie, on l'a traité au sérum *per orem* (!). Le traitement ayant fait merveille, Bernadette, 4 ans 8 mois, tombant malade dans les 8 jours qui suivent, est traitée par la même méthode. Malheureusement, cette fois, l'*ingurgitation du sérum* n'a pas l'effet voulu, et l'enfant meurt en 5 jours, comme il appert, de toxémie intense. Ni au temps d'Omer (!), ni à celui de Bernadette, on ne voit que soit Osias soit les autres aient été requis de s'immuniser par manière de *coup d'appétit*—et cela explique pourquoi c'est le tour d'Osias de fournir la 30 victime de ce chapitre. Laisant de côté la voie œsophagienne, qui ne nous paraît pas très sûre, nous lui donnons, sur le champ, et à la vieille manière, 2000 unités de sérum Roux (moins de 24 heures après le début), et, sans perdre de temps, nous immunisons Albina, 14 ans, et Marie, 12 ans, de 600 unités chaque. Cela met fin à la mala-die dans cette famille.

Le 28 Déc., 6 heures du soir. Le changement de la condition de ce petit invalide est vraiment remarquable. Pendant que sa gorge s'est couverte de membranes épaisses, son état général est étonnamment amélioré. La fièvre, me rapporte-t-on, l'a laissé sur les 4 heures du matin, il a chantonné toute la jour-née; de fait, il a eu meilleur agissement qu'en aucun temps depuis qu'il est tombé de pneumonie P. 100, T. 99 2.

Le 29 Déc., 11 heures. L'officier de santé, M. le Dr Peckham, se trouvant là pour établir la quarantaine, c'est un véritable plaisir d'attirer son attention sur un pareil cas et de lui montrer cette gorge: travail diphtérique en régres-sion, aire couverte d'exsudats nettement définis, couennes se ratatinant et se roulant sur les bords, boursoufflement des tissus adjacents en voie de s'effacer, condition générale si encourageante, malgré l'état des poumons, du gauche sur-tout, où l'on entend partout les râles fins crépiter.

Le 30 Déc., le garçon est debout. Le gosier n'offre plus que quelques fragments.

Le 31 Déc., gorge nette. Etat général bon. Somatose, huile de foie de morue et hypophosphites prescrits en sus de la quinine et du fer.

Examiné 3 mois plus tard, Osias est entièrement guéri de sa maladie pulmonaire. Il a pris vigueur, il est gras et présente l'apparence de la santé. On le retrouve encore au bout de deux autres mois assez dégourdi pour se casser la jambe.

Ce serait forfaire à la vérité que d'admettre que cette administration du sérum *per orem* nous prit grandement par surprise, et à quelqu'un qui regardait la chose comme une aventureuse nouveauté, nous répondîmes que d'abord "il n'y avait rien de nouveau sous le soleil," que cela avait été essayé dans l'Ouest, qu'il s'était trouvé un journal (médical) pour en parler favorablement, et qu'ensuite c'était M. Chantemesse, si je ne faisais pas erreur, qui, en 1895, essayait de substituer à la voie sous-cutanée la voie intestinale (par les lavements) pour l'introduction du sérum Roux ; que, depuis, M. Chantemesse avait trouvé des imitateurs chez Barbour (Nov. 1895) et Karl von Ruck (Fév. 1896), à propos du traitement de la tuberculose pulmonaire au moyen de l'*Antiphthisine* et de la *Tuberculocidine*-Klebs. Or, si l'administration par le rectum pouvait être substituée à l'injection sous-dermique, pourquoi pas l'autre bout de ce même canal ? Et si les résultats étaient satisfaisants d'une façon, pourquoi pas de l'autre ?... Je ne sache pas que M. Chantemesse ait donné suite à ses premiers essais ni qu'il ait étayé ce procédé d'aucun rapport favorable ; du moins, n'ai-je rien lu à ce sujet. Il n'en est pas ainsi de messieurs Barbour et von Ruck, l'un professeur de thérapeutique au Tennessee, l'autre directeur du Sanitorium Winyah d'Asheville. Ces messieurs ont publié des "lectures"—circulaires, que tout le monde médical a regues, dans lesquelles ils nous assurent avoir obtenu des résultats flatteurs et également satisfaisants par l'une et l'autre voie (hypodermique et rectale) ; ce qui les conduit à donner des directions détaillées sur la manière de se procurer leurs produits biologiques et leur seringue rectale spéciale. Comme de juste, dans leur cas—et dans celui qui nous occupe—c'est-à-dire que l'on s'achemine vers les microbes et leurs toxines par l'un ou l'autre bout du télescope splanchnique, on ne doit pas se départir de l'antisepsie la plus scrupuleuse, on n'administrera le remède qu'après avoir soigneusement lavé l'une ou l'autre ouverture avec une solution titrée de bichlorure, de lysol, de trikrésol, ou de markasol, au choix, employant à cette fin et suivant le cas la seringue-fontaine ou la pompe stomacale, ou... etc., etc., etc... Procédé ennuyeux, qui découragera peut-être bien des ambitions !

Obs. XXXVII.—(Cas de trachéotomie).

Mary-Ellen Mck., 6 ans, patiente du Dr Carruth.

Le 30 Déc. 1896, était aussi bien que d'habitude, et dehors. S'éveilla à 9 heures, le 31 au matin, fiévreuse et se plaignant de raideur dans la nuque et de mal de gorge. Vue le soir même, à 7 heures, par le docteur. Amygdales couvertes de membranes d'un jaune sale. Forte fièvre, ordonnance : chlorate de potasse, éther nitreux, digitale et aconit. La malade est telle que telle jusqu'au 5 janvier. De grand matin, on remarque que sa voix est rauque. A 9 heures, administration de sérum Roux, 2000 unités, de 5 à 6 jours après les

premiers symptômes, de 8 à 10 heures après les premiers signes laryngés. Durant le jour, la voix devient décidément croupée, et ce caractère s'accuse de plus en plus dans la soirée. Durant la nuit on remarque de la difficulté à respirer. Sur le matin, l'enfant est tellement plus mal qu'on craint qu'elle étouffe et le médecin est appelé en toute hâte. L'agitation est extrême, P. 140-150, peau livide, lèvres bleues, rétraction sternale et thoracique très marquée. Au moment de la consultation avec les docteurs Carruth et Archibold—il est 9 heures—le tirage est extrême, et l'on se prépare à opérer sans retard.

Le 6 Janvier 1897, 9 heures, trachéotomie. Au moment d'opérer, on remarque que le son de la voix n'est pas aboli tout à fait, que par moment l'enfant articule avec un certain degré de netteté, malgré que la dyspnée soit excessive. On en conclut que, dans leur progression descendante, les membranes se sont déjà amincies dans les cordes vocales, tandis qu'elles ont continué d'épaissir en dessous, s'y organisant en pelure d'oignon qui se relève vers la glotte et fait valve à chaque expiration. On choisit en conséquence de pratiquer une *trachéotomie inférieure*, et, en effet, au moment où la trachée est ouverte, un lambeau assez considérable apparaît à l'angle supérieur de la plaie et est en grande partie délogée, grâce à la toux et aux forceps. Après toilette de la trachée, introduction de la double canule, et l'enfant continue de dormir. On lui donne alors une 2e injection de sérum Roux, 2000 unités. 25 heures après la lère, et le traitement habituel est mis en force. 9 heures du soir : P. 130, T. 99½, R. 31. Une 3e injection, 1000 unités, est administrée, vu que les sécrétions qui viennent par la canule ne sont pas abondantes et que la toux, bien que peu fréquente, a un son sec et dur.

Le 7 janvier, 9 heures, P. 120, T. 100.2, couleur de la peau, des lèvres, magnifique. Bonne nuit, repos satisfaisant, alimentation suffisante ; cependant d'humeur plaignarde et ayant garde de ne pas se mouvoir, en raison sans doute des piqûres. 9 heures du soir, P. 108, T. 101, journée bonne, mais depuis une heure respiration très gênée, et que le nettoyage de la canule n'a pas soulagée. Tout l'appareil est enlevé sur le champ ; il s'en suit de très violents accès de toux, avec rejet de bouchons de mucus épais, mêlé de fragments, puis l'appareil étant remis, la respiration redevient calme et facile. En raison de cette scène et vu que les sécrétions ne montrent encore aucune tendance à augmenter et à se fluidifier, on administre une 4e injection de sérum Roux, 1000 unités. Il y a 24 heures que la 3e dose a été injectée, et cela fait en tout 6000 unités en 60 heures.

Le 8 Janvier, 9 heures, P. 108, T. 100. Nuit bonne par exception—mais à 6 heures du matin, l'enfant a une espèce de crise, violente, puisqu'elle entraîne une décharge involontaire de la vessie et des intestins. Les parents, justement effrayés, font en toute hâte venir le Dr Archibold. A son arrivée, le pouls compte 120-130, mais le sensorium est clair, la couleur bonne, la respiration libre dans les deux poumons. Il était évident que la situation s'était rectifiée d'elle-même, quelle qu'elle eût été. Probablement l'une de deux choses : ou bien l'enfant avait pris une position fautive, la tête repliée sur la poitrine ou tordue de côté de façon à fermer la lumière du tube ; ou bien, en raison de la fatigue, il y avait eu négligence, l'éponge s'était desséchée, du mucus s'était amassé, avait durci et obstrué la canule, et dans ses efforts l'enfant était parvenue à s'en débarrasser. Qu'il en soit ce qu'on voudra de cette alerte matinale, notre malade a maintenant très bonne mine : expression enjouée, respiration douce, poumons libres. 9 heures du soir, P. 104, T. 100, l'enfant a passé une partie de la journée assise sur son lit, jouant à la poupée et à la modiste.

Le 9 Janvier, 9 heures, P. 112, T. 100, a dormi presque toute la nuit ; la canule a exigé peu de soin ; les sécrétions sont maintenant fluides, abondantes, s'écoulant facilement, éclaboussant pour ainsi dire à chaque accès de toux. On se base là-dessus pour retirer l'appareil et exprimer l'espoir qu'il n'y aura pas à le remettre. En effet, à peine retiré, la petite apercevant la *petite musique*

qu'on lui présente, toute joyeuse elle la porte avec empressement à ses lèvres et tout de suite en tire des sons tout le long de la gamme. 9 heures du soir, pas de déception, l'*harmonica* a fait les frais de maint entretien ; elle a parlé haut, elle s'est mouchée.

Temps que la canule est restée en place dans ce cas : 2 jours 23 heures.

Le 10 Janvier, 9 heures, P. 108. Très bonne nuit. Poumons libres. Bon appétit, abondance de pain et de lait. Urine, suffisante en quantité, mais pour la première fois contenant de l'albumine. Mixture Basham substituée à la teinture de fer et à la quinine. 9 heures du soir, journée excellente, malade plus occupée de ses jouets que de sa maladie.

Le 11 Janvier 9 heures, P. 108, T. 99½, la meilleure nuit. Poumons libres. 9 heures du soir, P. 100, T. 99, a parlé haut.

Le 12 Janvier, 9 heures, P. 100, T. 99, bonne nuit. Parle fort. Bien, vive et affairée. Urine, cependant, peu abondante et contenant encore de l'albumine, mais en moindre quantité.

Le 13 Janvier, 9 heures, P. 100, T. 99, a beaucoup toussé durant la nuit ; les bronches sont pleines de gros râles. Solution faible de sel volatil chaque heure.

Le 14 Janvier, toux moins fréquente et très dégagée.

Le 15 Janvier, toux à peu près disparue. Plaie fermée. Urine ne donnant plus qu'une trace très faible d'albumine

A partir de cette date, l'urine est examinée de temps à autre jusqu'au 12 février, et finit alors par être et demeurer normale.

Mary-Ellen était l'aînée de quatre enfants. Les 3 autres furent immunisés le jour de l'opération. L'un, William, n'avait que 4 mois ; Margaret comptait 3 ans, et Edward 4. Ce dernier était affligé de tumeur blanche du genou droit. Tous demeurèrent exposés durant tout le cours de la maladie, et à ce péril s'ajoutaient pour eux les circonstances les plus adverses. Cette observation, en effet, va de pair avec l'observation XXVII, malpropreté, dénuement, et tout. L'une et l'autre laissent loin en arrière l'observation IV et nombre d'autres. Survenant parmi les plus pauvres de notre classe pauvre, celles-ci, au moins, n'étaient point en rupture absolue avec toutes les lois de l'hygiène et de l'antisepsie. En comparaison de notre ouvrage ici, on se disait que la chirurgie des champs de bataille devait être à prime. Tant valait donc le milieu, tant valait le sérum. Sans forcer la note, ajoutons qu'il y a plus. Pendant que les enfants échappent, le père, qui a eu à donner le plus de soin, le père qui n'a pas été immunisé, prend la maladie ; on lui découvre un bon matin des dépôts bien formés sur les deux amygdales, accompagnés de dérangement constitutionnel. Pour obtenir quelque repos, il avait l'habitude, durant les nuits qu'il avait à s'occuper de la canule, de se coucher côte à côte avec sa petite malade.

OBS. XXXVIII.—(Cas laryngé).

Gilbert P., 7 ans.

Le 11 Janvier 1897. Il y a 7 jours aujourd'hui se plaint de mal de gorge. Il y a 2 jours devint enrôlé et croupé. État présent : plaques sur les deux amygdales, mais minces et perlées ; aphonie complète ; son de voix très rauque et d'un timbre très bas quand il toussa. Pas de sténose. Malade debout. Midi, sérum Roux, 3000 unités, et calomel fractionné à toutes les heures.

Le 12 Janvier, 10 heures. Plaques diminuées. Son de voix aussi croupé, aussi rauque, aussi jappant. D'ailleurs, malade en bon état, et rôdant. Pas de sténose. Sérum Roux, 2000 unités. Calomel continué.

Le 13 Janvier, 10 heures. Gorge nette. Toux croupée, mais ramollie et d'un diapason remonté et plus doux. Patient debout et se sentant bien.

Le 14 Janvier, 10 heures. Gorge rose et saine. Toux beaucoup moins croupée et moins fréquente. Aphonie persistante. Calomel remis à toutes les 3 heures. et, en sus, solution de chlorate de potasse et de muriate d'ammoniaque.

Le 15 Janvier, aphonie toujours complète, mais ne jappe plus en toussant.

Le 16 Janvier, aphonie moindre; toux simplement rude.

Le 17 Janvier, parle à voix haute. Déchargé.

Immunisés : Omer, 5 ans, 600 unités, sérum Roux ; Israël, 16 mois, 400 unités. Tous deux demeurent bien.

Obs. XXXIX.—Albert L., 17 ans.

Le 12 Janvier 1897, 11 heures, gosier rempli. Sérum Roux, 3000 unités, 36 heures après les premiers symptômes. Chlorate de potasse et Tr. de fer à l'intérieur. Bichlorure de mercure en gargarisme.

Le 13 Janvier, P. 72, quelques débris sur amygdale gauche.

Le 14 Janvier, P. 70, un point à gauche. Le reste clair.

Le 15 Janvier, gorge nette. Déchargé.

Immunisés : Fanny, 15 ans, 400 unités ; Nora, 14 ans, 400 unités ; Léo F., 2 ans, 600 unités.

Obs. XL.—Marie-Louise C., 6 ans.

Le 12 Janvier 1897, 1 heure. Mal en train avant-hier après-midi ; se plaint de sa gorge toute la journée d'hier. Amygdales couvertes Sérum Roux, 2000 unités, au moins 24 heures après le début. Chlorate de P. et Tr. de fer.

Le 13 Janvier, 10 heures, P. 108. Membranes très épaisses et d'un gris sale, mais ne s'étendant pas plus loin. Glandes cervicales passablement infiltrées, avec une sensation uniforme et pâteuse. On ne répète pourtant pas le sérum vu l'excellent état du sujet et son inclination à jouer, qui est en contraste frappant de ses dispositions malades d'hier.

Le 14 Janvier, 10 heures, P. 98, membranes se roulant sur les bords ; touse beaucoup, très dégagée, apparemment de la gorge.

Le 15 Janvier, 10 heures, quelques débris à gauche ; une forte plaque, nacrée et sans odeur, à droite. D'ailleurs, bien et enjouée, a dormi toute la nuit.

Le 16 Janvier, 10 heures, un léger fragment au bord supérieur de l'amygdale droite.

Le 17 Janvier, 10 heures, gorge nette. Passablement de mucus épais dans les fosses nasales postérieures. Prescrit et décharge.

Immunisés : Léo, 17 mois, 500 unités ; Napoléon, 4 ans, 300 unités ; Elzéar, 7 ans 6 mois, 300 ; Blanche, 9 ans, 400.

Famille très pauvre, mais modèle de propreté.

Obs. XLI.—(Cas laryngé).

Albert B., 4 ans, patient du Dr Montmarquet.

Mon confrère s'attend à ce qu'il faille opérer.

Le 14 Janvier 1897, vu avec mon confrère à 9 heures du soir. Malade 9 jours, croupé 24 heures, sténosé 12 heures. Amygdales et mur postérieur de la gorge couverts d'exsudats, à travers lesquels se voient des espaces dénudés et enflammés. Toux fréquente et métallique. Dyspnée très marquée. Par malheur, pas de traitement avant aujourd'hui. Appelé sur le haut du jour, le docteur l'injecte, à 3 heures de relevée, de 2000 unités, sérum Roux. On juge à propos de répéter sur le champ l'injection—encore 2000 unités—, sans tenir compte de la proximité des deux administrations (6 heures), vu l'espoir d'éviter peut-être par là une intervention opératoire qui semble imminente. En même temps le calomel romplace le fer, et l'on fait continuer avec entrain les vapeurs à la chaux.

Le 15 Janvier, 9 heures du matin, contre toute attente, la sténose a disparu !

L'enfant tousse toujours, très croupé, mais d'un calibre radouci. 9 heures du soir, mieux plus prononcé. Le calomel qui a été discontinué ce matin par inadvertence, après seulement 12 heures d'emploi, n'est pas repris, on continue les vapeurs à la chaux.

Le 16 Janvier, 9 heures. Gorge nettoyée. Ton de voix à peine enroué. L'enfant court partout.

La famille comprenait deux autres enfants, garçon 7 ans, fille 9 ans ; ils ne furent pas immunisés, parce qu'ils avaient été éloignés avant qu'on appelle le médecin ; ils avaient été toutefois exposés durant toute une semaine ; ni l'un ni l'autre ne contractèrent la maladie.

OBS. XLII.—Mina P., (servante), 25 ans.

Le 22 Janvier 1897, 10 heures, vue pour la première fois (l'obs. qui va suivre—elle y est en service—lui doit d'avoir été contagieuse). Se sentit malade il y a deux jours ; 12 heures après, se plaignit de douleur à la gorge ; hier, remarqua des taches blanches ; aujourd'hui, amygdale gauche toute couverte avec enflure correspondante du cou, et quelques dépôts circonscrits sur amygdale droite et au fond. Sérum Roux, 2000 unités, 2 jours après le début des symptômes généraux, 24 heures après l'apparition des membranes. Quinine et fer.

Le 23 Janvier, T. normale, P. normal. Pharynx et amygdale droite nettoyés. Pas de changement à gauche ; l'amygdale fait saillie dans la gorge et est très douloureuse s'il s'agit d'avaler.

Le 24 Janvier, membrane de l'amygdale gauche tombe en pièce. Déglutition beaucoup plus facile.

Le 25 Janvier. Bien.

OBS. XLIII.—Léo T., 6 ans.

Le 23 Janvier 1897, 9 heures. Sérum Roux, 2000 unités, 12 heures après le début. Membrane en voie de formation sur l'amygdale droite, et toux bronchique très dégagée. Enfant sujet au faux croup, mais cette fois pas un symptôme laryngé. Il est pâle et terreux ; surface froide. Fer, quinine, eau de vie dans du lait.

Le 24 Janvier, cette membrane est déjà à se défaire ; elle s'est divisée en deux exsudats ; l'un petit, au centre de l'amygdale ; l'autre, plus large, à la base, faisant mine de s'étendre vers la glotte. Enfant bien d'ailleurs ; pas de fièvre, pouls normal, chaleur revenue à la peau.

Le 25 Janvier, un petit fragment au centre à droite ; partout ailleurs, rien.

Le 26 Janvier, gorge nette. Malade aussi espiègle qu'on peut l'être.

Immunisés : Stanley, 11 ans, 500 unités ; Mary, 10 ans, 500 unités.

OBS. XLIV.—(Cas de trachéotomie).

Raymond G., 4 ans 6 mois, patient du Dr A. E. Smith.

Le 29 Janvier 1897, 8 heures du soir. Trachéotomie, assistée par le médecin en charge et mon élève, M. Louis Masson.

Ici encore, bien qu'à la lumière de la lampe, nous avons la bonne fortune de réussir une trachéotomie inférieure, bien en bas de l'isthme, sans perte de plus d'une cuillerée à thé de sang, pas une goutte n'arrivant dans la trachée. Quand celle-ci est ouverte, un grand lambeau est vu battant, saisi et enlevé ; il mesure 2 5/10 par 1 2/10 cent.—L'enfant respire déjà très aisément et la canule est introduite. Sans trop tenir compte des 2000 unités de sérum Roux injectées il y a 10 heures, une 2^e injection de 2000 autres unités du même sérum est glissée sous la peau.

Selon toutes les apparences, l'enfant compte 10 jours de maladie. Mercredi, le 20 janvier, il agissait comme s'il avait pris du froid. 3 jours plus tard, samedi, le 23, sa mère remarquait du chancre dans sa gorge. 4 jours plus tard, mercredi, le 27, il devint enroué et le médecin fut appelé. Le chancre avait alors disparu, mais l'enfant avait une toux décidément croupée. On porta un diagnostic de

croup membraneux. Jeudi, le 28, c'est à-dire, hier, dans la relevée, on remarqua que l'enfant était plus gêné en respirant et plus croupé; on ne fit cependant pas revenir le médecin. Ce matin, vendredi, le 29, on le fit appeler. Les amygdales sont très enflées, avec dépôts distincts sur chaque, pas très étendus, et minces. La sténose est très marquée. Elle augmente rapidement avec chaque heure du jour. L'enfant devient bientôt accablé; s'il n'est pas dérangé par les accès de suffocation, il sommeille tout le temps; les lèvres et les ongles sont d'un bleu foncé; le tirage bruyant, rugueux, et s'entend avant que vous pénétriez dans la place.

Sur ce qui précède, on peut sûrement conclure que le sérum fut employé au moins 6½ jours après l'apparition des exsudats dans la gorge; la 1ère dose 2 jours après la complication du larynx, la 2de 2½ jours.

Le soulagement qui suit l'opération est si grand que l'enfant dort pendant plusieurs heures sans faire un mouvement. En fait, il passe de tout en tout une fort excellente nuit.

Le 30 Janvier, 9 heures, P. 110. Pas moyen de prendre sa température ni d'examiner les poumons, mais le malade a bonne couleur, preuve que l'oxygénation est parfaite; il a bu du lait en plein; si l'est assis dans sa couchette et sur les genoux de son père. 1 heure, obstruction du tube, dedans ou en dessous, car nous sommes somnés à la hâte, le Dr Archibold et moi. Dans l'intervalle, le père a fait un usage énergique des pulvérisations à la pepsine. Nous trouvons l'enfant correct, respiration libre et sans bruit, P. 104. 9 heures du soir, P. 120, R. 30, murmure respiratoire parfait dans les deux poumons.

Le 31 Janvier, 9 heures, P. 104. Bonne nuit. Tube n'occasionnant aucun embarras. Quelques gros râles dans les bronches. Un sévère accès de toux arrive à ce moment même, et une grande quantité de muco-pus, moitié durci, moitié mêlé de parcelles et de sang, est expulsée avec violence et vole à travers la pièce. 4 heures, assis et à jouer. Sécrétions devenues très abondantes, saimeuses, presque aqueuses. 9 heures du soir, repose bien tranquille, P. 114.

Le 1er Février, 9 heures, P. 110, assis, joue aux cartes. La nuit a été magnifique. Toux de plus en plus dégagée, et mucosités de plus en plus comme de l'écume. 5 heures, *Canules enlevées 2 jours 21 heures après l'opération.* 9 heures, a joué de la musique, à l'inspiration et à l'expiration. Il dort, sommeil de bébé, P. 92.

Le 2 Février, 9 heures, P. 104, articulé, poumons libres, se sent bien.

Le 3 Février, 9 heures, P. 98, R. 28. Bien.

Le 12 Février, plaie guérie, debout, etc, etc.

Urine examinée avec soin, durant la maladie et après—toujours normale. Immunisés; Azarie, 7 ans, 500 unités; Frank D., 3 semaines, 400 unités.

Obs. XLV.—(Cas de trachéotomie).

Peter S. M., 6 ans, patient du Dr Mitchell.

Le 3 Février 1897, 11 heures, trachéotomie, assisté par les Drs Mitchell et Archibold; *trachéotomie inférieure.* Midi, sérum Roux, 3000 unités, le 7e jour après les symptômes primaires; 24 heures après l'invasion du larynx. Il y a une semaine juste (mercredi, le 27 janvier), avait comme un rhume; une de ses oppressions ordinaires, car on le dit asthmatique. Hier midi, quand le docteur Mitchell le vit pour la première fois, il commençait à être croupé—un croup troublant et propre à donner le change, sifflant plutôt que jappant. On pouvait hésiter à savoir si la dyspnée provenait de l'asthme ou d'un croup membraneux en début. Pour augmenter l'embarras, la gorge était nette, et l'enfant n'était pas un seul instant plaint d'y avoir mal. Enfin, un fait qui aurait pu aider à faire la lumière fut par inadvertance ou avec soin gardé sous silence: Il y avait eu un cas de diphtérie dans cette maison, six semaines auparavant. Or cet enfant était venu en visite ici du fond de l'ouest (Rapid City, South Dakota)! Afin de n'être pas pris à court, mon confrère revit le patient sur les 5 heures, laissant des ordres stricts qu'on l'avertît s'il y avait du changement. A ce moment, l'état

était le même ; si quelque chose, l'enfant avait plus de difficulté à respirer. Par malheur, il était 10 heures le jour suivant, c'est-à-dire ce matin, quand, à sa visite, le docteur découvrit que son patient avait eu une très mauvaise nuit, qu'il s'était roulé sur tous les bords, incapable de dormir, et cherchant partout de l'air. La sténose en était maintenant arrivée à peu près à son point culminant, et il y avait imminence d'asphyxie. En effet, jamais avais-je vu un enfant si bleu, si bleu partout, la peau tout comme les muqueuses. J'ai vu aussi grande rétraction sus-claviculaire, sternale, intercostale et abdominale ; j'ai vu le sternum s'applatir, s'enfoncer, s'encaver presque jusqu'au dos ; j'ai vu de la dyspnée, du tirage en apparence plus sévère, plus rauque, plus striduleux, plus strident. Je n'avais jamais vu pareille cyanose. Je crus que nous ne pourrions jamais être prêts à procéder.

Le traitement usuel fut maintenant institué : éponge carbolisée bien humide sur le tube ; vapeur dans la chambre ; pulvérisateur sous la main ; quinine et fer à toutes les 4 heures ; lait et eau-de-vie, de cette dernière, une cuillerée à thé à toutes les 2 heures ; et surveillant tout cela, une bonne et intelligente infirmière. 6 heures du soir, sérum Roux, 1000 unités, en 2^e injection, 6 heures après la première. Patient tient tout ce qu'il pouvait promettre ; esprit libre, bonne volonté, mais expression inquiète et respiration très rapide. 10 heures, la température s'élève brusquement, 105° dans l'aisselle, avec accélération correspondante du pouls, 170. Eau-de-vie portée à une cuillerée à thé à l'heure.

Le 4 Février, 9 heures. A très peu reposé. La respiration et le pouls ont été très rapides, mais la température a baissé. Respiration défectueuse à gauche, comme dans l'état congestif ; sous crépitations ci et là dans le poumon droit. Nul doute sur l'évolution d'une pneumonie septique. Quinine et fer portés à toutes les 3 heures avec addition de strophantus et de digitale ; autour de la poitrine, veste ouatée recouverte de taffetas gommé. Sérum Roux, 2000 unités (3^e injection, 15 heures après la seconde). 9 heures du soir, sous crépitations et des crépitements très fins dans les deux poumons, surtout vers le milieu du dos. Respiration très accélérée.

Le 5 Février, 9 heures. Nuit meilleure que la précédente ; abaissement notable de la température et du pouls ; respiration toutefois presque aussi rapide ; râles très abondants et très lâches, surtout à droite ; couleur de la peau et des lèvres mauvaise, violacée. Vu cet état précaire, on se figure que si l'on pouvait enlever l'appareil cela serait d'un avantage incalculable pour les poumons, et que possiblement les chances de guérison tournent sur cette tentative comme sur un pivot. On en fait donc l'essai bien qu'il n'y ait qu'un jour 22 heures que la canule soit en place. Bientôt l'enfant tire un faible son de l'harmonica et prononce à voix basse quelques mots qu'on peut entendre à six pieds de distance. A chaque respiration, on voit les ailes du nez remuer. Une heure plus tard, il émet sur sa musique, à l'inspiration et à l'expiration, des sons que l'on peut entendre de la chambre voisine. C'en est fait, cette canule ne servira plus. Pour faciliter l'expectoration, on prescrit le muriate d'ammoniaque en solution faible.

Le 6 Février, 9 heures, poumons présentent tous les signes d'une résolution rapide.

Le 7 Février, 9 heures. Sur les 4 heures du matin, petit jet de sang de la plaie arrêté par l'infirmière par simple pression du pouce. Gros râles muqueux. L'enfant parle haut et distinctement.

Le 8 Février, 9 heures. Les mêmes gros râles, mais à droite seulement.

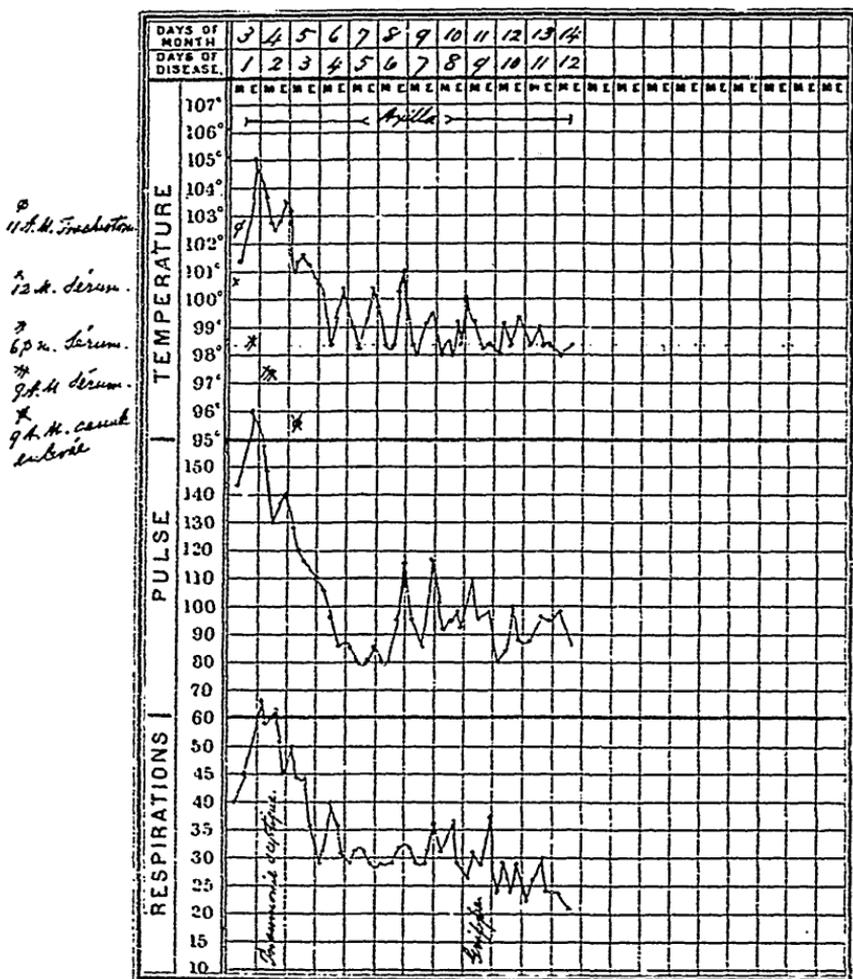
Le 9 Février, 9 heures. Il y a eu de l'élévation de température. On entend de nombreuses sous crépitations dans les deux poumons, plus marquées à droite ; la respiration cependant n'est pas accélérée. On dirait d'une bronchite catarrhale, d'une influenza qu'on lui aurait passée. Le maître de la maison a la grippe depuis deux ou trois jours et, malgré tous les conseils, il persiste à venir s'asseoir dans la chambre, non loin du lit, les pieds sur les chenets.

Le 10 Février, 9 heures. Râles crépitants moindres. Toux dégagée et très-fréquente. Décharges abondantes de muco-pus par la plaie. Oxygénation imparfaite; lèvres bleuâtres et peau terreuse.

Le 11 Février, 9 heures. Poumon gauche beaucoup plus net. Poumon droit plus en retard. Expectoration très libre.

NAME, *Peter S. M., 6 ans.*

DISEASE, *Diphthérie laryngée* DATE *Février 1897.*



Le 12 Février, 9 heures. Poumon gauche libre. Poumon droit, lobe inférieur infiltré.

Le 13 Février, 9 heures. Peu de changement.

Le 14 Février, 9 heures. Lobe inférieur droit en résolution.

Le 17 Février, 9 heures. Base du poumon droit, quelques râles discrets. Plaie fermée. Enfant mis à l'huile de foie de morue et à la mixture ferrugineuse de Basham.

L'urine examinée en différents temps n'a jamais cessé d'être normale. Le médecin en charge continue de suivre le cas pendant plusieurs semaines, mais il n'eut rien à enregistrer qu'une convalescence assurée.

Grâce à notre habile et obligeante garde-malade, nous sommes resté en possession d'un *tracé* très bien tenu de la température, du pouls et de la respiration. Nous croyons utile de le reproduire. On ne peut l'étudier ni faire une revue de tout le cas sans arriver à la conclusion que nous avons sujet d'être content du résultat obtenu. Le Dr Archibold, que ses fonctions d'officier de santé ont mis à même d'acquérir une connaissance approfondie de notre épidémie, et qui de plus s'est trouvé à un bon nombre des cas opérés, a toujours considéré celui-ci comme le plus désespéré, et cependant c'est celui qui fit la plus brillante et la plus rapide guérison. Répétons-le, son tube ne fut en place que 46 heures !

OBS. XLVI.—(Cas de trachéotomie).

Luke K., 9 mois 22 jours.

Le 4 Février 1897, 11 heures. Agité la nuit dernière. Gorge parfaitement nette. Un peu de toux d'un timbre ordinaire; froid ou influenza. Doses infinitésimales de tartre stibié (en lavage).

Le 5 Février, 11 heures. Gorge parfaitement nette. pas un point; nez net; pas de glandes enflées; mais (!) toux croupée, assez âpre et dure. Pas de dyspnée, bien que l'on remarque que si l'enfant crie ou pleure, la toux devient beaucoup plus serrée. Disposition de l'enfant d'ailleurs bonne; pas de fièvre. Ce croup a débuté à peu près sur les 3 heures du matin. Sérum Roux, 1400 unités, 8 heures *ab initio*. 9 heures du soir, pas de changement, si ce n'est que ça va plus mal. Respiration plus serrée et presque du tirage à l'inspiration. Sérum Roux, 1000 unités, 10 heures après la première injection.

Le 6 Février, 9 heures. Bonne nuit, mais pas d'amélioration sensible. Même toux croupée et rauque, peut-être quelque peu humide. Le nez coule, n'est pas excorié. Gorge toujours absolument nette. Sérum Roux, 1000 unités, 12 heures après la 2^e. Calomel à chaque heure continué comme auparavant. 9 heures du soir. Gorge décidément plus serrée depuis l'après midi. Toux a repris son timbre sec et métallique. Sténose évidente à l'inspiration. Sérum Roux, 2000 unités, 12 heures après la 3^e. Fomentations chaudes sur la gorge. Vapeurs à la chaux et chambre convertie en étuve (température tenue à 100–106) Très dure nuit. Dyspnée très sévère. si sévère qu'on l'entend, les portes fermées, du second étage. Le creux claviculaire s'enfonce, il y a rétraction intercostale évidente, non extrême. Couleur des joues, des lèvres, encore bonne et rose. Nourri à la bouteille, parvient encore à prendre, mais avec difficulté.

Le 7 Février. Après 4 heures, changement pour le mieux. 9 heures. Sérum Roux, 1200 unités, 12 heures après la 4^e. Calomel augmenté de l'heure à la demi-heure. Vient de prendre toute une bouteille de nourriture avec plus d'aise et sans désespérer. 10 heures, changement subit; en moins de 15 minutes, l'enfant est en imminence d'asphyxie. 15 minutes plus tard, *trachéotomie*, assisté par le Dr Archibold et mon étudiant, M. Louis Masson. L'enfant est très gras et le cou très court; l'opération devient une rude tâche. Enfin, la canule est placée, et le bébé se met à respirer avec aise. De bleu livide, les lèvres redeviennent bientôt d'une belle couleur pourpre. On lui donne sa bouteille, il la vide jusqu'au fond, puis, souriant à sa mère, il s'endort d'un long sommeil, qu'il a deux fois gagné et par sa lutte de la nuit et par sa lutte plus récente. La surveillance du cas, qui sera sans relâche, est maintenant confiée à mon étudiant et à une infirmière graduée d'une grande habileté; les éponges sont entretenues avec soin, et la canule interne nettoyée au besoin. Elle ne fait pas mine de s'obstruer, bien que la toux soit fréquente; l'enfant n'a pas la force d'expulser le mucus qui a tendance à se ramasser. Sur les 6 heures, il a comme une crise,

pendant laquelle, après bien des efforts, une partie de ce mucus est délogée, ce qui le soulage beaucoup. Sur les 9 heures, nous tenons consultation, et les choses nous paraissent inopinément favorables; expression éveillée, lèvres roses, teint empourpré. Il est vrai qu'on entend beaucoup de râles humides tout le long du dos, des deux côtés. C'est la question: ce bébé va-t-il conserver la force nécessaire à débarrasser ce mucus? A moins que la toux soit assez forte et assez fréquente, il va s'accumuler par degré et remplir les bronches; de là à l'œdème du poumon, il n'y a qu'un pas. Telle, en effet, les choses se passent, et le beau bébé s'éteint à 1 heure du matin, le 8 février, 15 heures après l'opération, tranquillement, paisiblement, la canule demeurant perméable jusqu'à la fin, et plutôt que de s'obstruer, livrant passage à une grande quantité d'un liquide séreux d'une grande ténuité.

A cet âge, on peut l'admettre, la trachéotomie n'était pas une opération qui promettait; on ne pouvait guère s'attendre à ce qu'elle sauvât la vie. Plus que dans aucun autre cas, il y fut recouru comme en dernier ressort; elle servit certainement à atténuer les tourments de la dernière heure.

Immunisés: Frederick LeRoy, 3 ans 2 mois. 600 unités (Roux); Anna-Mary M., 3 ans 6 mois, enfant du cocher, exposée, 600 unités.

Obs. XLVII. (Cas laryngé).

Léon D., 2 ans 8 mois.

Le 4 Février 1897. Très bien jusqu'à 3 heures de relevée hier. Fut croupé d'emblée. Vu à midi et demi, très croupé, touse à toutes les minutes, toux retentissante comme un cuivre. Respiration rapide, bruyante à l'inspiration et à l'expiration. L'enfant est debout et rôde. Gorge parfaitement nette et saine, le nez coule, n'est pas excorié. 12.45, c'est-à-dire, 21½ heures *ab initio*, sérum Roux, 2000 unités, et calomel 10 mgr. d'heure en heure, vapeurs à la chaux, breuvages chauds. 6 heures, jappement métallique le même, même bruit de râpe à l'expiration comme à l'inspiration, preuve d'une sténose toute prête. A ce moment, un examen critique de la gorge est fait par mes confrères, les Drs Archibold et Mitchell, et leur attention se dirige aussi du côté du cou. Rien, absolument rien. Cependant, la situation est si menaçante qu'en nous retirant, "ne vous étonnez pas, messieurs, leur dis-je, si vous êtes dérangés cette nuit."

Le 5 Février, 8 heures. Bonne nuit. Son de voix plus clair. Toux plus molle, mais jappante, perdant son timbre métallique. Par temps, respiration douce et naturelle. Calomel continué.

Le 6 Février, 11 heures. Nuit moins bonne. Plus d'agitation. Son de la voix du même timbre croupé qu'hier. Gorge toujours nette. Sérum Roux, 2000 unités, 46 heures après la première dose. Calomel continué.

Le 7 Février, 9 heures. Croup disparu, et à sa place une toux facile et adoucie. Le croup a commencé de disparaître hier dans l'après-midi. Ecoulement de l'oreille droite.

Le 8 Février. Gorge nette. Voix claire. Toux augmentée et dégagée.

Le 9 Février, fiévreux. face animée, touse beaucoup; quantité de râles diffus dans les deux poumons: Bronchite. Muriate d'ammoniaque et eau-de-vie à toutes les heures.

Le 10 Février. moins fiévreux, toux plus lâche, sécrétions abondantes.

Le 11 Février. Toux harassante, incessante.

Le 12 Février, signes d'amélioration.

Le 16 Février. Mieux décidément. Toux beaucoup moindre. Mais très pâle, couleur de cire. Apathique; refuse nourriture—à peine un peu de lait, et par force.

Le 19 Février, convalescent.

Le 24 Février, bien.

Pour qu'il n'y eut pas le moindre doute sur l'étiologie de ce cas peu ordi-

naire, ce fut notre bonne fortune d'avoir, côte à côte, un *cas-témoin*, et d'une telle évidence que la culture elle-même n'aurait pu rien nous apprendre.

Obs. XLVIII.—Eugène D., frère du précédent, 4 ans 8 mois.

Immunisé le 4 Février, sérum Roux, 1000 unités, et cette forte dose parce que, ne tenant pas compte du fait que sa gorge est nette, on apprend qu'il a toussé depuis 3 jours et qu'il a été enrhumé.

En même temps, immunisation de : Herminie, 10 ans, 400 unités ; Arthur, 13 ans, 500 unités ; Laura, 14 ans 6 mois, 600 unités.

Le 9 Février, i-e, 5 jours plus tard, on remarque hypertrophie glandulaire au cou, à droite, et plusieurs plaques circonscrites sur les amygdales. Se plaint d'être mal en train, mais n'est pas au lit. Appétit nul. Reçoit sérum Roux, 2000 unités, plus quinine et fer.

Le 10 Février, se sent mieux. Dépôts sur les amygdales *in statu quo*.

Le 11 Février. Dépôts disparus. Infiltration glandulaire moindre.

Le 12 Février, glande stationnaire. Se sent mieux, et est agissant en conséquence.

Le 16 Février, c'est-à-dire, 7 jours après la 2e injection, érythème général, figure enflée, yeux presque fermés.

Le 17 Février, érythème aggravé et compliqué de douleurs dans les bras, surtout aux poignets (arthropathie).

Le 18 Février, bras soulagés, mais jambes prises. Eruption offre une combinaison des types érythémateux et ortié.

Le 19 Février, éruption à son apogée, plus sévère, plus polymorphe, plus universelle que jamais ; on dirait d'une rougeole en couche épaisse ; l'œil droit est pris, éruption conjonctivale. Tient le lit, craint de se mouvoir en raison des douleurs dans les jambes et dans le bas-ventre. Fièvre élevée. Urine chargée d'urates et de phosphates ; pas d'albumine. Dans les jours qui suivent, toute cette efflorescence se calme sous l'effet des alcalins et des solicylates, et le 24 Février l'enfant est déchargé.

Obs. XLIX.—(Cas laryngé).

Arthur B., 18 mois, patient du Dr Archibold.

Le 5 Février 1897, 4 heures de l'après midi. Vu avec le docteur, qui a aussi demandé l'aide de M. le Dr Montmarquet ; il s'attend à ce qu'on doive opérer. Il a vu le malade pour la première fois une heure auparavant. L'histoire donne 5 jours de maladie, et 2 jours d'enrouement. La nuit dernière toux très fréquente, avec beaucoup de peine à respirer. Il y a maintenant du tirage, à un degré modéré ; la voix est à peu près aphone. Plaques sur les deux amygdales. Après consultation, la dyspnée n'étant pas alarmante, il est décidé de surseoir. Sérum Roux, 2000 unités ; calomel 5 mgr. à l'heure, lait et eau-de-vie.

Le 6 Février, 9 heures. Assez bonne nuit, si l'on fait abstraction de quelques crises d'étouffement. Etat général meilleur. Plaques en régression. Voix moins couverte, bien que la difficulté à respirer ne soit pas soulagée. 10 heures, sérum Roux. 1400 unités, 18 heures après la première injection. Calomel continué, plus teinture de fer étendue de glycérine et d'eau.

Le 7 Février, 9 heures. Respiration rapide, mais plus de tirage. Couleur bonne.

Le 8 Février, 9 heures. Voix claire. Symptômes de bronchite, râles dans les deux poumons, toux fréquente. Malade irritable, bourru, agité. Calomel discontinué. Muriate d'ammoniaque prescrit.

Le 9 Février. Voix claire. Râles diminués. Sirop d'iodure de fer.

Le 10 Février. Poumons mieux, moins de râles, bien que la toux demeure fréquente. A partir de ce jour, amélioration constante. Revu 5 semaines plus tard, le 16 Mars, devenu et resté bien.

Obs. L.—(Cas de trachéotomie).

Mary-Alidia C., 6 ans, patiente du Dr T. S. Parker.

Le 6 Mars 1897, malade 4 jours, croupée 20 heures, sténosée à peu près 4 heures, quand le docteur la voit pour la première fois à 2 heures de relevé. Sur l'heure, injection de sérum Roux, 2000 unités. 10 heures du soir, trachéotomie, assisté par les Drs Parker et Archibold, et les clerics Masson et Silcox. Après l'opération, 2e injection de 2000 unités, même sérum, 9 heures après la première. Le tube devient en peu de temps obstrué; c'est une forte membrane qu'on parvient à retirer au moyen des pinces.

Le 7 Mars, 9 heures. Nuit fatigante. Vomissements. Sueurs profuses. Respiration rapide (50) et superficielle. P. 140. T. 101° 1. 3e injection de sérum, 2000 unités, 10 heures après la seconde; en tout, 6000 unités. 6 heures du soir. Depuis une heure, gêne respiratoire très prononcée, et que le nettoyage de la canule interne et l'usage des pulvérisations n'ont pas soulagée. L'appareil est enlevé, ce qui est suivi du rejet d'un moule de 2 par 1 centimètres. La respiration en éprouve du soulagement, mais demeure rapide, et l'expression inquiète. Malade va bien avec la nourriture, mais se refuse aux remèdes.

Le 8 Mars, 10 heures. R. 40, P. 120, T. 101 3—à passé un bonne nuit. La canule ne s'est pas tamponnée. Il est jugé opportun d'essayer de la retirer, mais une demi-heure plus tard, la nécessité s'impose de la replacer, la sténose se reproduisant par affaissement des lèvres de la plaie. D'ailleurs, l'enfant n'a pas réussi à jouer de l'harmonica; de fait, elle n'a guère voulu essayer.

(Obligé à ce moment de partir au Canada, la suite de cette observation est rédigée sur les notes fournies par M. le Dr Archibold).

Une heure de relevée, la respiration devient soudainement laborieuse; l'enfant fuit pour respirer des efforts convulsifs. Le père, instruit à cet effet, fait sauter l'appareil. Il s'ensuit plusieurs accès de toux violents qui débarrassent la trachée de paquets de mucus mêlés de débris; puis, le Dr Archibold, qui est survenu, remet l'appareil. Une heure plus tard, le même jeu se répète, dû à la même cause. Sur ces entrefaites, les urines ont été examinées et ont révélé la présence de l'albumine dans la proportion de 75 0/7. 10 heures du soir. Respiration pressée. Recherche diligente faite par le Dr Archibold pour la présence de membranes au-delà de la canule, sans résultat. Pas d'urine depuis le matin à bonne heure. Fomentations à la digitale sur les reins. Expression angoissée, pâleur extrême, de cire, lèvres vinées. Prend encore nourriture, mais repousse obstinément les remèdes.

Le 9 Mars, 8 heures du matin. Les Drs Parker et Archibold sont appelés en toute hâte. Il est évident que des phénomènes de paralysie sont survenus durant la nuit. Si on lui donnait à boire, on remarquait que l'enfant toussait et que le lait était bientôt expectoré à travers la canule, preuve qu'il avait coulé le long, après avoir fait fausse route. Les gardes en avaient été à l'obligation de nettoyer le tube à tout moment. Et les choses avaient constamment empiré, au point que maintenant l'enfant suffoquait à chaque tentative. On enleva l'appareil, mais il n'en résulta aucun bien; on prit le parti de discontinuer l'administration de la nourriture et du boire par la bouche, et de recourir à l'alimentation rectale. La petite malade entra graduellement dans un état de colapse et elle expira à 1.30 heure de l'après-midi, 63 heures et demie après la trachéotomie, rien n'ayant été épargné de la part de mes confrères pour éviter cette terminaison fatale.

Obs. LI.—(Cas de trachéotomie).

Ernest C., 2 ans 3 mois, patient du Dr Bell.

Le 7 Mars 1897, vu pour la première fois par le docteur hier soir, 15 heures après les premiers symptômes laryngés—l'enfant s'était éveillé à 3 heures de nuit avec une toux métallique, mais il comptait déjà deux jours de maladie. Le docteur lui injecte sans tarder 2000 unités de sérum Roux. L'enfant n'a pas de repos. Il y a aphonie complète et signes évidents de rétraction sternale et

sus-claviculaire. Oxygénation déjà incomplète. A part l'antitoxine, le docteur a prescrit fer et quinine, et vapeurs à la chaux. La nuit n'a apporté aucun soulagement; au contraire, la sténose est plus marquée, et l'enfant râle et sommeille tout le temps.

Onze heures et demie. *Trachéotomie*, assisté par le docteur et par mon fils. L'enfant est très gras, et le cou très court. Après une rapide insertion de la canule, il reprend fort bien ses sens, la cyanose disparaît, la respiration s'établit libre et pleine, mais continue rapide. 2 heures de relevée, 2^e injection de sérum Roux, 2000 unités, 20 heures après la première injection.

Le 8 Mars, 5 heures du matin. L'enfant a très bien fait jusqu'à cette heure, mais voilà qu'il respire serré et qu'il change de couleur. Le Dr Bell, appelé, enlève l'appareil, et emploie le pulvérisateur; ceci n'apportant aucun soulagement, il introduit une canule plus longue. Il en résulte des accès de toux prolongés, qui amènent l'expulsion de mucus durci et de morceaux de membranes. La respiration est soulagée, mais toujours rapide, et il y a des râles crépitants, fins à la base des deux poumons. 10 heures. La sténose est encore revenue. L'enfant peine et tire beaucoup, et la cyanose est à peu près ce qu'elle était au moment de l'opération. On enlève encore l'appareil, la trachéo est toiletée au moyen des pulvérisations, puis la première canule courte est replacée. Maintenant, on entend clairement une couenne *faire drapeau* et venir obturer, quand elle se relève, la lumière du tube. On s'efforce de la saisir avec les pinces courbes et on a la bonne fortune de l'extraire, ce qui amène un soulagement immédiat...

(En raison de mon absence, les notes sont continuées par M. le Dr Bell). 3 heures de relevée: aucun changement. Respiration très rapide, mais plus d'obstruction ni de tirage. La couleur s'altère, par augmentation de l'embaras pulmonaire. 9 heures du soir. Pas de changement, sinon que la respiration est encore plus rapide. Il y a matité à la base des poumons.

Le 9 Mars. L'enfant a succombé à 3 heures du matin, par suite de la complication pulmonaire, 3 jours après le croup, 40 heures après l'opération.

En rapport avec ce cas, il est peut-être bon de remarquer que, 8 jours auparavant, un enfant de 4 ans 6 mois, était mort, dans cette maison, de diphtérie laryngée, sans aucune espèce de traitement, le médecin n'ayant jamais été appelé. Il n'est donc pas étonnant que de telles gens se soient refusées à l'immunisation des 4 autres enfants qui leur restaient, bien que le sérum, fourni par la ville, ne leur coûtât pas le sou. Ils se contentèrent de les éloigner. Au 15 Mars, ils étaient encore sains et saufs.

OBS. LII.—(Cas laryngé)

Léo T., 3 ans 8 mois, patient du Dr Parker.

Le 7 Mars 1897, vu avec le docteur à 6 heures du soir, au moment où, avec le Dr Archibold, nous descendons de chez l'Obs. L; les deux familles habitent la même maison, l'une au-dessus de l'autre. Première visite du Dr Parker hier matin à 10 heures. Le père s'objectant d'abord au sérum, la première injection (sérum Roux, 2000 unités) n'est pratiquée qu'à 2 heures de l'après-midi, le même jour, 48 heures au moins après le début du mal, et 24 heures après les signes d'enrouement. A l'examen, il y avait des couennes dans la gorge, et hypertrophie glandulaire. T. 103.3—Le matin suivant, i. e., ce matin, l'enfant aurait dû recevoir une 2^e injection, mais en raison de la répugnance des parents, la chose a été différée jusqu'à présent. La voix est très enrouée; à vrai dire, il y a aphonie complète et beaucoup de gêne respiratoire. Le cas paraît aussi près de la sténose que possible. A force d'insister, on obtient de pratiquer une 2^e injection de 2000 unités (Roux), exactement 128 heures après la première, et on substitue le calomel (10 mgr.) au fer.

Le 8 Mars, symptômes plus favorables; toux plus dégagée et plus humide; voix moins absente.

Le 9 Mars, (notes du Dr Parker). Amélioration inattendue. Voix plus claire. Se dévore pour manger...

A partir de ce moment, convalescence sans entrave.—Revu le 16 Mars, guérison parfaite; toutefois, de temps à autre, il y a de la rudesse dans la voix.

Obs. LIII.—Edith T., 7 ans, sœur de Léo.

Le 7 Mars 1897, avec lui sous les soins du Dr Parker, et étudiée à la même consultation. Malade 2 jours de plus. Gorge dans le même état que Léo, mais rien au larynx, rien au cou. Fièvre moindre, 101°. Reçoit à la même séance, 2000 unités, sérum Roux, 4 jours après le début. Aujourd'hui, fièvre moindre, et couennes sur les amygdales s'exfoliant et, ajoute le docteur, rapotissées. Quand on l'examine, elle est debout, allant de ci de là. On ne décide pas de répéter le sérum.

Le 8 Mars, gorge à peu près nette, à l'exception d'un petit point jaune sur l'une des amygdales. Le calomel ayant causé bon nombre de selles verdâtres est remplacé par le fer.

Le 9 Mars, entra (au dire du docteur) en convalescence.

Le 16 Mars. Cette convalescence se poursuit sans complications.

Obs. LIV.—(Cas de trachéotomie).

Rhea M., 5 ans 2 mois, patiente du Dr Archibold.

Historique: Mars le 11, agitée et mal en train. Un jour ou deux après, mal de gorge. Rien de fait, l'enfant ne paraissant pas malade. Mars, le 15 au matin, toux croupieuse; le soir, à 6 heures, le Dr Archibold est mandé. Amygdales couvertes voix rauque, toux aboyante et très dure. Pas de tirage. 7 heures, sérum Roux, 3000 unités, plus calomel à l'heure, plus tr. de fer en glycérolé à toutes les 3 heures, plus vapeurs à la chaux. P. 100. T. (axilla) 99.3.

Le 16 Mars 1897, 9 heures. Vue en consultation. A bien dormi pendant la nuit; n'a toussé que de temps à autre. Même toux croupieuse et dure. Voix très enrouée. Râlement considérable. A ce moment même que nous l'examinons et que nous discutons de son état, on la voit commencer à tirer. 2^e injection de sérum Roux, 2000 unités, 14 heures après la première injection. Traitement soutenu. Dans l'après-midi, beaucoup plus mal, et par moment tirage marqué. 6 heures du soir, le tirage semble avoir diminué, les lèvres sont de bonne couleur; toutefois, l'enfant est appesantie et avec cela agitée. Durant le jour, examen a été fait des urines, qui ont démontré être libres d'albumine et en tout normales. 9 heures, brusquement, la sténose devient extrême, si bien qu'il en résulte une décharge involontaire des intestins. Se préparant à la hâte, on a à peine débuté avec le chloroforme et fait la première incision, que la respiration s'arrête. On se hâte, la canule est poussée aussi rapidement que faire se peut dans cet être apparemment inanimé, et la respiration artificielle va son train. Après quelques instants, qui paraissent des heures, la vie reprend là où elle semblait suspendue, puis la respiration redevient régulière, profonde, facile, et la couleur rutilante du sang oxygéné gagne les lèvres et plus lentement la surface cutanée.

Le 17 Mars, 9 heures. Patiente a la figure congestionnée, les joues d'un rouge brillant. T. (axilla) 101, P. 162, R. 60.—N'a dormi pendant la nuit que par sennes; ils ont été fréquents. A souvent vomé jusqu'à 4 heures, et expectoré par la canule de grandes quantités de flegmes; a passé de l'urine une fois, ne contenant pas d'albumine. 6 heures du soir, animation de la figure disparue. Bonne couleur, et naturelle. Assise, vive et éveillée. T. 100.3, P. 140, R. 50. 11 heures, bon agissement, a dormi beaucoup, et expectoré beaucoup. Respiration libre et pleine; jeu facile des poumons. P. 120.

Le 18 Mars, 9 heures. Nuit relativement bonne, bien qu'elle ait toussé beaucoup, toux très dégagée. Poumons libres. P. 120. Veut se lever et s'habiller;

il a fallu lui mettre ses chaussures. 11 heures du soir, dort profondément, P. 80, R. 30. N'a pas voulu boire autant dans la journée, mais a demandé à manger et a obtenu une rôtie au lait.

Le 19 Mars, 9 heures. A bien reposé, T. 98. P. 114, R. 28.—3 heures de l'après-midi, *canule enlevée 2 jours 17 heures après son insertion*. En moins d'une heure, la petite malade *tire des sons* du petit instrument, des sons vigoureux, mais elle ne parvient pas à parler haut.

Le 20 Mars, 9 heures. Bonne nuit, poumons libres, joue musicale, murmure de façon à ce qu'on l'entende, pas de voix.

Le 21 Mars, 9 heures. Hier soir, quelques craquements fins dans le poumon gauche, en arrière. T. 99, P. 140. Muriate d'ammoniaque. Nuit fatigante. Mieux ce matin, parle haut, mais avec beaucoup de gargouillement sonore dans la trachée. Les sécrétions sont abondantes, mais tenaces, filantes, et collent comme de la poix aux éponges.

Le 22 Mars, 9 heures, sécrétions maintenant très sereuses. Voix plus forte.

Le 24 Mars, marche partout. Déchargée.

Le 27 Mars, très bien.

Obs. LV.—James M., frère de Rhea, 19 mois.

Le 15 Mars 1897, traité par le Dr Archibold au même temps que sa sœur, (6 heures du soir), 1500 unités, sérum Roux, sans compter fer et eau-de-vie. Plaques aux deux amygdales; glandes gonflées; écoulement nasal; T. 103.2.

Le 16 Mars, état à peu près le même.

Le 17 Mars. Plaques disparues entièrement.

Le 18 Mars. Gorge d'apparence normale. *Enfant guéri*.

On présume qu'ici le sérum a été administré 48 heures et au-delà après le début.

Obs. LVI.—(Cas laryngé).

Kate M., 3 ans 9 mois, sœur des deux précédents.

Le 17 Mars. Eloignée d'abord, puis ramenée ce soir, fiévreuse et chagrine. Gorge n'a qu'une apparence rouge, congestionnée. Sur les 11 heures, des exsudats commencent à apparaître, et elle reçoit 2000 unités, sérum Roux.

Le 18 Mars, 9 heures, a bien dormi pendant la nuit. Prend très bien remèdes et diète liquide. Marche partout, n'est pas fiévreuse. La voix est claire, mais les deux amygdales sont couvertes de membranes peu épaisses, la gauche le plus. 4 heures de relevée, on remarque que l'enfant devient accablée et brûlante, elle a la figure toute rouge, et en moins d'une demi-heure elle commence à tousser le croup. En l'absence du Dr Archibold, on m'appelle. Sur le champ, l'enfant reçoit 2000 unités de sérum Roux et le traitement est changé du fer au mercure. Minuit. Sommeil doux et paisible, sur le lit même où Rhea l'opérée repose. Quand elle s'éveille, elle tousse croupée, mais il n'y a pas le moindre signe de tirage. P. 116, R. 35.

Le 19 Mars, 9 heures. T. 98.2. Poumons clairs. Voix claire. Très peu de toux et à peine croupée. 3 heures. Diminution sensible du son croupeux de la toux.

Le 20 Mars, 9 heures. Pas de toux. Pas de croup. Amygdale gauche nette, amygdale droite couverte en partie. A dormi toute la nuit. Urine normale.

Le 21 Mars, 9 heures. Quelques petits débris à droite.

Le 24 Mars, déchargée.

Obs. LVII.—(Cas laryngé).

Irène C., la récidiviste!

Trachéotomisée le 19 Nov. 1896, Obs. XXV, pour diphtérie laryngée; en croup pour la seconde fois. Alors âgée de 2 ans 8 moins; maintenant 3 ans.

Le 18 Mars 1897. Très bien jusqu'à hier matin, qu'elle s'est éveillée un peu enrôlée. A commencé à tousser hier soir et croupée. On a sur le champ

appelé le Dr Bell. A passé une nuit agitée, toussant presque tout le temps. 11 heures, elle est présentement endormie et l'on entend un bruit de râpe à l'inspiration et à l'expiration. Elle s'éveille et tousse; toux rauque. Bonne couleur toutefois, et pas de sténose. Gorge nette, hormis une petite plaque au centre de l'amygdale gauche. Sérum Roux, 2000 unités, 28 heures après les premiers symptômes, 14 heures ou à peu près depuis le commencement du croup. En même temps, calomel 5 mgr., tartre stibié $\frac{1}{2}$ mgr., muriate d'ammoniaque 20 mgr., chaque heure, et vapeurs dans la chambre. 11 heures du soir, 2e injection de sérum Roux, 2000 unités, 12 heures après la première dose.

Le 19 Mars, hier, sur le soir, devint moins croupée. Durant la nuit, disparition par degré du bruit de râpe, d'abord à l'expiration, puis à l'inspiration. A beaucoup toussé jusqu'à minuit, et de temps à autre a vomi. De ce moment, nuit très passable. Ce matin (9 heures et demie), gorge nette, voix claire, sans croup. Hier, fièvre forte, figure rouge; aujourd'hui, pas de fièvre, figure pâle. Vapeurs continuées, calomel continué, tartre émétique renvoyé à 2 heures.

Le 20 Mars. A bien dormi. A beaucoup toussé, mais sans croup. Calomel et tartre émétique à toutes les 3 heures.

Le 21 Mars. Toux plus pénible, presque sans arrêt depuis hier, cependant pas croupée, bien que tout à fait laryngée et trachéale et d'un timbre métallique, Voix claire si elle parle. Rien au poumon. Calomel, antimoine, muriate d'ammoniaque, avec addition de nitrate de potasse, ramenés à toutes les heures; et avoir garde de ne pas discontinuer les vapeurs.

Le 22 Mars. A certainement toussé moins, et avec plus d'aise. Mais nous constatons une plaque petite, mais bien formée, au centre de l'autre amygdale, que rien n'enlève. L'enfant est pâle; il y a de l'urticaire autour du tronc, qui démange fort. 3e injection de sérum Roux, 2000 unités à 11 heures du matin, 3 jours 12 heures après la 2e injection. Traitement le même.

Le 23 Mars, P. 103. Toux comme se brisant, mais tout aussi fréquente qu'hier. Plaque encore là. Nouvelle plaque, à gauche. Écoulement nasal.

Le 24 Mars. Plaques se ratatinant. Amélioration dans le caractère de la toux. Calomel discontinué, et remplacé par le sirop d'iode de fer.

Le 25 Mars. Plaques beaucoup plus petites. Toux sur le déclin. A bien dormi.

Le 26 Mars. Plaques enfin (!) disparues. Toux, peu de chose. Nuit ronde.

Le 10 Avril. Rencontrée sur la rue.

OBS. LVIII.—(Cas de trachéotomie).

Anna F., 6 ans 6 mois, patiente du Dr Mitchell.

Le 18 Mars 1897, opérée à 11 heures du soir, avec l'assistance de mon confrère et de son clerc, M. Charles Prest. Une canule de fort calibre introduite—diamètre, 7 6/10 millimètres.—En la posant, une membrane, formant un moule complet à un bout, et mesurant 7 centimètres de long, est violemment rejetée dans un spasme de toux.

A 3 heures, l'enfant avait reçu 3800 unités, sérum Roux, 6 jours après avoir ressenti les premières atteintes du mal, 4 jours après les premiers symptômes locaux (et ceux-ci n'avaient été que de petits dépôts discrets, et sans fièvre), 34 heures après l'apparition du croup.

La sténose avait maintenant duré tout le jour, devenant de plus en plus sévère, avec une couple de crises pendant lesquelles l'enfant avait perdu le souffle, de sorte qu'on l'avait crue mourante. La dernière crise avait justement précédé notre arrivée, et trouvait évidemment son explication dans cette longue membrane flottante qui faisait l'office de valve. Malgré cette preuve d'une brusque suffocation possible en aucun temps, nous hésitions beaucoup à opérer, vu qu'il n'y avait pas de cyanose. La stupeur même de l'enfant ne pouvait vaincre notre répugnance. C'avait été une bonne chose que nous n'eussions pas différé. Entravé jusqu'à un certain point comme on l'est toujours en opérant la nuit, une

petite artère (probablement la branche anastomotique de la thyroïdienne supérieure) fut coupée, et dans la nécessité de placer la canule sans s'en occuper, il lui advint de n'être pas saisie à la pince hémostatique et elle nous donna par revanche un peu d'ennui. Mon confrère enrroula un bon tampon de gaze autour de la canule, la bourra un peu fortement sous la garde de l'appareil, et ce suintement fut bientôt contrôlé. L'enfant n'avait pas perdu son temps pour cela ; elle s'était hâtée de respirer à son aise et de s'endormir d'un sommeil bien gagné.

Le 19 Mars, 9 heures. Nuit excellente. Une fois seulement, la respiration devenant gênée il est fait usage du pulvérisateur. Vous ne sauriez pas maintenant que le tube est là tant la respiration est silencieuse. P. 104. Température pas relevée, apparemment normale, la peau est si fraîche et la couleur si naturelle. L'alimentation va bien ; surtout lait et eau-de-vie. Dispositions enjouées ; elle est entourée de ses jouets et veut que vous vous y intéressiez. 6 heures du soir : journée très bonne. Est demeurée assise et s'est amusée beaucoup. Dort maintenant ; sommeil doux et paisible. R. 30. La canule a été jusqu'à 3 heures de temps sans requérir de soins. Urine examinée, acide, g. s. 1018, pas d'albumine, pas de tubules.

Le 20 Mars, 9 heures. T. 100.1, P. 112. R. 28. Assise et jouant. A dormi presque toute la nuit. Très peu de toux. Canule interne retirée une seule fois. 6 heures du soir, P. 120. Un peu animée. Respiration tubaire claire et facile. Bonne humeur, mais répugne à prendre son lait ; on croit remarquer qu'elle n'avale pas aussi bien.

Le 21 Mars, 9 heures, très bonne nuit. A pris nourriture en plein. A très bien avalé. Par temps, sécrétions par la canule abondantes, canule nettoyée en conséquence. T. 99.4, P. 120, Respiration tranquille et naturelle, pas au-delà de 26. Appareil enlevé à 9 heures et demie, sans produire la moindre irritation, mais remise au bout de 7 heures. L'enfant n'avait pas pu jouer de l'harmonica, les sécrétions étaient à peu près nulles, et l'on remarqua que, au fond de l'entonnoir, la paroi postérieure de la trachée, mise en bonne lumière (réfléchis), présentait un aspect grisâtre. Quoi qu'il en fût de la conduite bénigne du cas, nous n'en avions donc pas fini avec les exsudats organisés. Il fut donc résolu, bien que 3 jours se fussent écoulés depuis la première injection, d'en administrer une 2^e de 2000 unités, sérum Roux.

Le 22 Mars, 9 heures. L'enfant a été on ne peut plus paisible depuis la réintroduction de la canule, et cette dernière a exigé fort peu de soins. Nuit excellente, appétit excellent, dispositions excellentes. P. 100. R. 28. 4 heures on ajourne à demain d'enlever l'appareil, l'enfant est si bien.

Le 23, 9 heures. P. 100, R. 24, nuit magnifique. 3 heures ; appareil retiré pour la 2^e fois, 48 heures après sa ré-insertion.

Le 24, 1 heure de nuit ; appareil remis par étudiant Prest ; jusqu'à ce moment l'enfant avait été on ne peut mieux. Elle s'éveilla alors d'un long et profond sommeil, se prit à tousser et à étouffer. Ici encore il est à noter que, en dépit de sa tenue très-correcte, l'enfant n'avait pas réussi à *souffler l'instrument*, à peine en avait-elle obtenu un son incertain ; elle avait murmuré, elle n'avait *pas parlé haut*. Il est probable que, durant son long sommeil, les sécrétions s'étaient accumulées et épaissies. Probablement, aussi, les côtés de la plaie s'étaient relâchés et affaissés. Aussitôt que le tube fut remis et que des accès de toux répétées eussent débarrassés les voies respiratoires, l'enfant reprit son attitude de bien-être et se rendormit. Cette fois, la grosse canule fut mise de côté pour une plus petite (d'un calibre de 6 5/10 mm.). 9 heures du matin. P. 100. R. 26. Malade de bonne humeur, respirant bien, enjouée. Urine normale. 6 heures ; journée excellente. Cette canule a fait aussi bon service que l'autre. L'enfant dort fort paisiblement.

Le 25 Mars, 9 heures. Avec cette canule plus petite en place, on constate qu'il passe assez d'air le long du tube pour produire quelques légères vibrations sur l'harmonica ; on obtient même un faible murmure de paroles. 3 heures ;

Appareil enlevé, 38 heures après sa dernière réintroduction. Elle joue de l'instrument du premier coup, et parle assez fort, d'une voix nasillarde. Ce son de voix fait redouter une paralysie partielle de pharynx, et pour confirmer cette crainte on voit que, en lui donnant du lait, une partie (les dernières gouttes) s'engage dans la glotte et vient sourdre par la plaie. On ordonne la noix vomique dans du vin de fer au quinquina et des injections alimentaires, sans toutefois discontinuer l'alimentation par l'estomac.

Le 26 Mars, 9 heures : Nuit splendide. Se meurt de faim. A bien mangé, et bu du lait et de l'eau sans réserve. Plus d'écoulement par la plaie.

Le 27 Mars, 9 heures : très bien. De temps à autre, quelques gouttes de liquide sont descendues par la plaie.

Le 28 Mars, Plaie fermée.

Le 2 Avril, depuis hier, douleurs articulaires et symptômes de périnévrite ; le solicylate de soude en a bientôt raison.

Si l'on considère la tolérance que cette enfant eut pour son tube, la facilité de respiration dont elle ne cessa de jouir—respiration toujours tranquille, toujours naturelle—, le peu de soins que le tube réclama, par le fait qu'il ne s'obstruait jamais ; si l'on considère l'immunité des poumons, la condition normale du pouls, de la température et de toutes les sécrétions, on ne s'étonnera pas du léger (!) désappointement qui fut le nôtre. Nous avions espéré que, en fait de brièveté dans le port du tube, ce cas " prendrait le record " ; il n'en fut rien, puisque, bien comptés, nous eûmes à l'enregistrer avec 6 jours 16 heures.

Obs. LIX.—(Cas laryngé).

Edith B. 3 ans 6 mois (rédigé sur les notes du Dr Bell, son père).

Le 19 Mars 1897, 5 heures du soir : se plaint, céphalalgie, etc. etc. etc.

Le 20 Mars, 3 heures du matin, devient croupée ; toux rauque, qui disparaît durant le jour, pour revenir la nuit suivante.

Le 21 Mars, 10 heures du matin : vue en consultation. Voix décidément croupée quand elle tousse, enrouée et voilée quand elle parle ou qu'elle pleure. Gorge nette. Toutefois insiste fortement sur l'emploi du sérum. L'enfant est déjà soumise depuis 2 jours au calomel (5 mgr.) et à l'antimoine (1 mgr.) par heure. Elle reçoit donc 2000 unités, sérum Roux.

Le 22 Mars, 10 heures : Enrouée et croupée. Tousse beaucoup, mais ne jappe pas. Les amygdales ont pris une teinte grisâtre, les follicules sont saillants donnant aux deux glandes l'apparence de grosses mûres, le nez coule, sécrétion fœre.

Le 23 Mars, 10 heures : Encore croupée, mais avec atténuation. Les membranes ne sont pas plus accusées dans la gorge. Traitement, le même.

Le 24 Mars ; la voix n'est plus que voilée.

Le 25 Mars. A partir de ce jour, convalescence confirmée.

Obs. LX.—(Cas laryngé).

Clara A., 5 ans 6 mois.

Le 26 Mars 1897, 1 heure du matin. Enrouée hier, mais debout, dehors, bien et s'amusant comme d'habitude. Mise au lit à l'heure ordinaire, mais râle pendant son sommeil. S'est éveillée il y a une demi-heure, toux croupée, bruyante, aboyante (comme du faux croup, auquel elle n'est jamais sujette), avec respiration dure et rauque dans l'intervalle. Absolument rien dans la gorge. Tartre stibié, jusqu'à effet émétique, puis ordre de le continuer à toutes les heures à dose réduite avec muriate d'ammoniaque et calomel fractionné. Toutefois, dans le doute, et pour éviter un risque qui pourrait être irréparable, à 2 heures (nuit), sérum Roux, 2000 unités. On calcule qu'il y a 16 à 18 heures que l'enrouement s'est manifesté. 9 heures de la matinée : paraît mieux ; respiration dure et râlante, mais toux moins fréquente et moins croupée. Aphonie, mais pas complète. Rien dans la gorge. 1 heure après-dîner : vue par

le Dr Archibold. Mieux plus prononcé. Respiration sans bruit. Voix couverte et croupée, mais ne toussé point, à moins d'y être excitée. Rien dans la gorge. T. (pli de l'aîne) normale. P 104-110. 9 heures du soir : Dort, faisant un bruit de gros râles humides à l'aller et au retour de la respiration. Si elle s'éveille, la respiration redevient douce. T. normale, P. 108. Sérum Roux, 2000 unités, 19 heures après la première dose.

Le 27 Mars, 9 heures : T. normale, P. 120, nuit meilleure, pas de crise de toux rauque et jappante. De fait, plus de croup, mais aphonie plus complète. Rien dans la gorge, ni dans le nez. Pas de glandes au cou. Traitement continué. 4 heures : plus de râlement soit qu'elle dorme ou qu'elle soit éveillée. P. 120.—9 heures du soir ; voix sur le retour. Veut chanter pour moi. Certains sons sont passablement clairs, d'autres très-enroués. Urine normale.

Le 28 Mars : Voix claire. Bien.

Le 2 Avril : Très-bien. Urine normale.

Obs. LXI.—(Deuxième attaque).

Caroline McL., 3 ans, traitée au sérum le 24 Mars 1896—*Vide* Obs VI.—

Le 28 Mars 1897, 4 heures de l'après-midi : A vomi hier soir. a passé une nuit agitée, fiévreuse, paraissait mieux ce matin ; symptômes d'influenza ou de coryza sévère, gorge irritée, mais sans exsudats.

Le 29 Mars, 10 heures : Exsudats bien marqués ; infiltration du cou des deux côtés, forme diffuse ; respiration nasale très-embarrassée, malgré l'usage actif du pulvérisateur. Sérum Roux, 2000 unités, 40 heures après la fièvre initiale, 20 heures ou peut-être moins après les symptômes locaux.

Le 30 Mars, 10 heures : Exsudats se détachant, empâtement cervical le même, respiration un peu moins gênée.

Le 31 Mars, 10 heures : T. normale, P. 100, empâtement moindre, amélioration évidente.—6 heures du soir, T. 98. P. 88, assise dans sa couchette, de bonne humeur, a pris nourriture et remède sans objection, a passé une bonne journée.

Le 1 Avril, 10 heures : vomissements (survenus dans la nuit) et constipation opiniâtre. Urine, normale jusqu'ici, vient de donner un très-haut pourcentage d'albumine. Ordonnance : cataplasmes de fleur de lin et de feuilles de digitale, un cathartique, la mixture Basham et du champagne sec. 6 heures du soir : Pas d'action intestinale, pas d'urine, les vomissements en partie contrôlés, beaucoup de répugnance à prendre quoi que ce soit, hormis de l'eau.

Le 2 Avril, 10 heures : P. 70 (!), T. jugée sous-normale (on ne peut le prendre avec certitude vu l'agitation) par l'algidité des surfaces, plus marquée du côté gauche. A eu une selle abondante, a fait de l'urine, qui est moins albumineuse, est moins assoupie, mais paraît plus épuisée. Il semble qu'on ne pourrait la remuer sans qu'elle entre en colapse. A vomi fréquemment et ne veut que de l'eau. Cataplasmes continués, strychnine ($\frac{1}{2}$ de mgr) à toutes les 3 heures, eau-de-vie en sus du champagne, enema alimentaire. 6 heures du soir : P. 88, assez régulier, vomissements moindres, a pris du lait, expression générale meilleure.

Le 3 Avril, 10 heures : P. 96. régulier. N'a vomi qu'une fois, est cependant tout aussi épuisée, surtout si on la lève. Est excessivement irritable, et de temps en temps crie et tressaille brusquement ; ses bras se soulèvent alors et s'agitent sans but dans l'air. A 1 heure après-midi, elle a une sorte de colapse, et meurt à 2 heures de paralysie du cœur—les poumons sont libres.

On peut volontiers dans ce cas invoquer une action septique intense qui a neutralisé tout effort et amené un dénouement fatal prévu ; semblable, dans ses effets, à tous ces états septiques (scarlatine, pneumonie, fièvre typhoïde) où la dose de poison qui envahit le système est tellement excessive que de paralyser d'emblée et irrémédiablement tous les centres d'innervation.

Furent immunisés, le 29 : Josie McM., servante, 18 ans, 600 unités, Sérum Roux (dans le bras) ; Donald McL., 6 ans 6 mois, 1000 unités, et cette dose à cause d'une petite tache blanche suspecte à l'amygdale droite, accompagnée de toux. Tous deux demeurent en santé parfaite.

Obs. LXII.—(Cas laryngé).

John Rossiter McL., 4 ans 8 mois, frère de la précédente.

Le 29 Mars, 11 heures : immunisé, sérum Roux, 400 unités.

Le 31 Mars, 11 heures : croupé la nuit dernière. Tousse croupé à l'heure même bien qu'il soit debout et marche. P. normal. T. normale. Deux lignes blanches en fil de soie serpentent sur les amygdales, à part deux taches de la grosseur de têtes d'épingle. Gorge nette hier. Sérum Roux, 2000 unités, et calomel fractionné. 6 heures : P. 110, toux toujours croupée.

Le 1 Avril, 10 heures : P. 104, toux plutôt rauque que croupée. Gorge nette.

Le 2 Avril, 10 heures : P. 104, toux décidément plus naturelle et ramollie. Plusieurs petits exsudats sur les amygdales. Sérum Roux, 1000 unités, 48 heures après la première injection Quinine et fer substitués au mercure. Urine normale. 6 heures : P. régulier ; assis et fort éveillé.

Le 3 Avril, 10 heures : P. 104. Deux petites taches 2 heures : P. 100, voudrait se lever.

Le 4 Avril, 10 heures : P. 90, T. 98.2, gorge nette, toux légère naturelle, urine normale.

Le 5 Avril, 10 heures : P. 96, toux très-dégagée.

Le 6 Avril, 10 heures : P. 100, un petit fragment sur l'amygdale gauche. Toux en décroissance. Urine normale. Erythème qui requiert lotion carbolisée.

Le 7 Avril : P. 94, petit exsudat encore visible.

Le 8 Avril : P. 98. Gorge nette et saine. Très peu de toux.

Le 9 Avril : P. 96. Très-bien.

Le 13 Avril : Urine normale—etc.—

Obs. LXIII.—(Cas laryngé).

Frances A., 3 ans 6 mois, sœur de Clara A.—Obs. LX—.

Le 2 Avril, 6 heures du soir. Dans la nuit d'avant-hier, i. e., il y a 42 heures, elle râlait dans son sommeil, et quand elle s'éveilla, elle était très enrouée. Cependant, à l'encontre de sa sœur, n'eut pas de crise croupieuse. Cet état s'est continué depuis lors sans changement. L'enfant a été tenue au lit malgré son désir de se lever et le fait qu'elle ne paraissait pas malade : " Rien que cet enrrouement, éveillée, et ce râlement, quand elle dort." L'aphonie n'est pas absolue ; elle essaie de chanter, le timbre est voilé et rugueux. La gorge est libre et l'a toujours été ; les parents ont été en alerte et ils ont veillé de ce côté. Tenant compte de la répugnance avec laquelle ces gens avaient admis l'emploi du sérum chez l'autre enfant, tenant compte du temps écoulé avant qu'on ne m'appelât cette fois-ci, de la nature légère de la maladie, de la tournure favorable (jusqu'à présent) du cas, et du fait que des poudres de calomel (restées d'auparavant) ont été administrées (!) avec diligence, on se sent justifiable de laisser la sérothérapie dormir sur ses lauriers antérieurs ; on active simplement le traitement mercuriel, on lui adjoint l'antimoine et le muriate, les breuvages chauds et les applications chaudes.

Le 3 Avril, 1 heure après dîner. Les râlements durant le sommeil sont disparus par degré. La voix et la toux sont simplement enrouées.

Le 4 Avril. La voix revient à son timbre naturel.

Le 5 Avril. Il n'y a plus qu'à se retirer.

Obs. LXIV.—Evelyn May P., 13 ans.

Le 8 Avril 1897 ; malade, 12 heures. Exsudats peu étendus sur les deux amygdales, à gauche le plus. T. 100, P. extra-rapide, dû à la nervosité exagérée du sujet. 9 heures : Sérum Roux, 2000 unités. Quinine et fer.

Le 9 : T. 100, P. 110, exsudats rapetissés. Le 10 : T. 98.2, P. 88, gorge libre, Le 11 : T. 99.1, P. 90, gorge nette, saine. Urine normale. Le 12 : T. 98.4, P. 88, saignement de nez. Le 13 : Guérison. Le 17 : Erythème (9e jour) ; prurit sévère, lotions au phénol. Le 18 : prurit si rageur que l'enfant n'a pas dormi depuis 2 jours ; la solution carbolisée agit comme du feu. On lui substitue des lavages à l'eau de goulard camphrée ; bromure et bicarbonate de potasse à l'intérieur. En 24 heures, cette démangeaison est subjuguée et la malade se remet en toute hâte.

Obs. LXV.—Adélarde L., 3 ans.

Le 8 Avril 1897, 5 heures du soir. Malade 36 heures. Gorge prise depuis 24 heures. Large plaque sur amygdale droite, ce qui n'arrête pas le garçon. Sérum Roux, 2000 unités ; quinine, fer, chlorate de potasse et bichlorure sodique. Le 9 : pas de changement, gorge ni mieux ni plus mal, pas de fièvre, patient debout. Le 10 : exsudats en décomposition, odeur assez forte. Le 11 : en grande partie, tombés. Le 12 : gorge nette, hormis un fragment. Le 13 : gorge nette et saine. Le 14 et le 15 : bien.

Immunisés, le 8 : Evéline, 12 ans, sérum Roux, 500 unités ; Arthur, 9 ans, sérum Mulford, 400 unités ; Wilfrid, 7 ans, sérum Mulford, 300 unités ; Eva, 4 ans, sérum Mulford, 300 unités ; Alphonse, 1 an, Sérum Roux, 300 unités.

Obs. LXVI.—Eva L., 4 ans, sœur d'Adélarde.

Immunisée le 8 avec sérum Mulford. Le 12, nombre de petits exsudats sur les deux amygdales. Hier, gorge inspectée et nette. Malade debout et rôdant. Sérum Roux, 1000 unités, moins de 24 heures après le début. Le 13 : pas de changement, surtout pas plus mal. Le 14 : amygdale droite nette, la gauche se nettoyant. Le 15 : nouvelle amélioration. Le 16 : tout disparu. Bien.

Obs. LXVII.—Helena G., 7 ans

Le 9 Avril 1897. Il y a 5 mois (le 1er Nov. 1896) son frère Clarke a eu la diphthérie, *vide* Obs. XXII. Elle fut alors immunisée et préservée. Elle compte maintenant 20 heures de maladie. A vomé hier soir. Forte fièvre toute la nuit. Pas de dépôts, mais gorge douteuse. Sérum Roux, 1000 unités. Quinine et fer.

Le 10 Avril : plaques bien formées, mais circonscrites. Le 11 : plaques stationnaires, si quelque chose amincies. Le 12 : beaucoup diminuées, il n'en reste plus que des miettes. Le 13 : gorge nette. Le 14 : catarrhe nasal et pharyngé assez considérable.—Des mesures appropriées le font disparaître avec le temps.

Avant qu'on ne m'appelât, on avait éloigné du logis les deux autres enfants. Clarke et Isabelle ; ils ne revinrent qu'après le recours aux mesures de désinfection, fumigations, etc. Tous deux échappèrent sans le devoir au sérum.

Obs. LXVIII.—(Cas laryngé).

Léon B., 3 ans 3 mois. En bonne santé le 12 Avril 1897. Débuté par le croup, le 13, à 3 heures de nuit. Vu à 9 heures du soir, i. e., 18 heures après. Râle beaucoup. Sérum Roux, 2000 unités. Calomel, vapeurs, etc.

Le 14 : moins croupé ; exsudat sur amygdale droite, n'avait rien hier soir. Le 15 : toux naturelle, tache disparue ; calomel et vapeurs toutefois continués. Le 16 : toussé beaucoup, mais dégagé. Mariate d'ammoniaque et ipecac. substitués au mercure. Urine, examen négatif. Le 18 : convalescent

Immunisés : Conrad, 16 mois, 300 unités ; Adélarde, 7 ans 7 mois, 500 unités.

Obs. LXIX.—Augusta B., 7 ans.

Le 21 Juillet 1897, 9 heures : P. 110. Malade 24 heures. Exsudats sur les deux amygdales, sur le pilier gauche postérieur, et quelques dépôts sur le fond du pharynx. Sérum Roux, 1500 unités

Le 22 : P. 92, gorge se nettoyant. Le 23 : P. 88, une tache de chaque côté.

Le 24 : gorge nette Malade guérie. Le 25 : très bien. Le 15 Août, la convalescence a été ininterrompue.

Immunisés : Otto, 12 ans, 500 unités, sérum Roux ; Martha, 9 ans, 500 unités ; Henrietta, 4 ans, 400 ; Emile, 1 an, 300.

Obs. LXX.—(Cas de trachéotomie).

Katie M., 5 ans 9 mois, patiente du Dr Featherstonhaugh.

Le 24 Août 1897, 4 heures et demie de l'après midi : Assisté par messieurs les docteurs Featherstonhaugh et Archibold, *trachéotomie* ; 8 jours après le début de la maladie, 2½ jours après l'invasion du larynx, 18 heures après les premiers signes de sténose. Dans les dernières quatre heures, cette sténose est devenue excessive, l'enfant est sur le bord de l'asphyxie. Dès qu'on donne le chloroforme, elle asphyxie tout à fait. La canule est placée pendant que la vie est suspendue, et il s'écoule, paraît-il, toute une minute et quart avant que le jeu des poumons se rétablisse sous d'énergiques efforts de respiration artificielle. L'enfant passe sans transition de cette rude expérience dans un sommeil tranquille, qui dure deux heures.

Au moment de l'opération, il n'y avait que 4 heures que la malade avait été vue pour la première fois par son médecin ; fait regrettable pour le sérum, qui n'avait pas eu le temps d'agir, pour l'enfant qui avait été à deux doigts de sa perte. La dose injectée avait été héroïque—4000 unités, sérum Roux—; elle allait au moins servir à seconder l'opération.

Avant de se retirer, sur les 6 heures, auscultation. Poumons libres des deux côtés jusqu'à la base. P. 100.

A la fin du 2^e jour, premier essai d'enlever l'appareil.

A la fin du 3^e jour, deuxième essai.

Appareil enlevé définitivement 3 jours 17 heures après son insertion.

Parents exposés : Edward, 12 ans ; John, 9 ans. Tous deux reçurent, à dessein, de fortes doses immunisantes : 1200 et 800 unités ; cela les préserva.

Cette malade n'avait pas été injectée ni opérée qu'elle avait déjà développé de l'albuminurie. Le 4 Septembre, cela était disparu. La guérison fut complète, splendide. On s'y attendait !). Pauvreté, malpropreté, service subséquent aléatoire, irresponsabilité puisque ignorance, milieu impossible, indescriptible ; tout se réunissait pour mettre ce cas sur le pied de l'Obs. XXVII. Voilà pourquoi il ne pouvait pas tourner mal. De tels cas ne meurent pas. Paradoxe ! La vie n'en est-elle pas remplie ?

Cohoes, Octobre 1897.

La radiographie du cerveau.—La radiographie, qui chaque jour reçoit des perfectionnements lui permettant de rendre de plus en plus de services et qui chaque jour fait parler d'elle dans la plupart des sociétés savantes, a encore occupé une grande partie de cette séance de l'Académie. M. Marey avait fait connaître l'ingénieux appareil de M. Contremoulin, et M. Le Dentu en avait aussitôt communiqué la première et brillante application clinique. Aujourd'hui, c'est M. Péan qui apporte deux observations dans lesquelles, grâce à un autre procédé imaginé par M. Mergier, évidemment moins précis que celui de M. Contremoulin, mais aussi plus simple et plus à la portée de tous, est parvenu à extraire deux balles de l'intérieur du cerveau d'individus ayant tenté de se suicider. Ces deux malades, comme celui de M. Le Dentu, ont parfaitement guéri. M. Péan a donc pu dire, avec raison, comme M. Le Dentu, que, grâce à la radiographie, la chirurgie du cerveau se trouve entièrement modifiée et que la recherche et l'extraction des projectiles qui ont pénétré dans cet organe, autrefois considérées comme des plus aléatoires et des plus dangereuses, se trouvent aujourd'hui singulièrement facilitées, précisées et presque sans danger.

Gazette des Hôpitaux.

DES AFFECTIONS DU SEIN PENDANT LA PÉRIODE PUERPÉRALE.

Par le Dr E. A. RENÉ DE COFRET. Médecin de la Maternité, professeur-adjoint d'obstétrique à l'Université Laval.

Depuis les découvertes de Pasteur, la médecine a fait des progrès immenses ; les théories anciennes ont vécu et les opinions nouvelles sur la pathogénie des maladies diverses semblent être prouvées par les traitements prophylactiques qui enrayent généralement, avant qu'elles n'aient pris racine, ces longues et douloureuses affections qui faisaient le cauchemar du patient, et le désespoir du médecin. Je n'en veux pour preuve que les inflammations du sein dont je veux vous entretenir aujourd'hui. Qu'en disait-on hier encore ? et que faisait-on ? Les causes : le contact du froid, les émotions morales, l'engorgement laiteux ; le traitement : cataplasmes pendant des semaines, ouverture de l'abcès spontanée ou artificielle, et puis cataplasmes pendant des mois. Aujourd'hui, traumatisme le plus souvent, infection toujours ; prophylaxie et antiseptie.

Sur le sein de la nourrice, comme aux organes génitaux de l'accouchée, comme à la plaie de l'amputé, il peut y avoir le microbe, cet infiniment petit, cette semence de mort ou de douleur, qui attend son heure ou son terrain pour germer. Oui, le microbe est ici et je veux vous le prouver.

Est-il ici parce qu'il est partout ? Je le sais, la théorie infectieuse fait rage ; le courant est impétueux, entraînant tout sur son passage et bien fortes sont les amarres de celui qui lui résiste et reste ancré dans ses anciennes idées. L'évidence sera si manifeste dans notre preuve qu'on ne pourra mettre en doute sa présence.

Mais quelquefois ces enrégés microbes vont tellement à rebours du bon sens, ils ont une marche si particulière à eux qu'il faut les voir à l'œuvre pour être convaincu de leurs agissements. Ils cheminent comme vont dans la nature certains poissons qui prennent plaisir à remonter le cours de torrents furieux ; les chutes et les obstacles de la rivière ne les arrêtent pas dans leur marche vers sa source. Ainsi explique-t-on la migration des microbes vers certains organes. La cystite n'est-elle pas souvent une complication de l'uréthrite blennorrhagique ? et la pyélite ne vient-elle pas quelquefois clore la scène ? Le microbe spécial à cette maladie a exécuté une marche ascendante malgré la sécrétion urinaire ; il lui a fallu, il est vrai, certaines conditions favorables. Et voilà que, parlant d'un autre organe, Laveran et Teissier nous disent (1) " Le plus souvent l'abcès du foie est d'origine pychohologique, et la formation du pus est la conséquence d'une infection microbienne ayant son point de départ dans une altération de l'intestin ou des voies biliaires. "

(1) Nouveaux éléments de pathologie médicale, par Laveran et Teissier.

Ce n'est pas sans intention que je cite ces deux faits sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir dans quelques minutes pour vous montrer le microbe envahissant les glandes mammaires comme il s'est introduit dans le rein ou le foie. Ces trois organes sont des glandes ayant des canaux excréteurs ouverts à l'infection, avec cette différence immense que les canaux galactophores s'ouvrent directement à l'extérieur et par suite sont plus exposés, tandis que les autres, uretères ou vésicule biliaire, s'abouchant à la vessie ou à l'intestin, sont plus protégés.

Les complications septiques qui surviennent du côté des seins de la nourrice, bien qu'elles n'entraînent pas la mort, sont grosses de conséquences : pour la mère, douleurs intolérables, longue convalescence, suppuration, perte fonctionnelle d'une partie de la mamelle ; pour l'enfant, suspension de l'allaitement et ses suites souvent mortelles. Aujourd'hui, fort heureusement, la découverte du microbe nous met en garde contre ces complications et c'est ici le lieu de dire " qu'une once de prévoyance vaut mieux qu'une livre de guérison ; " de même, il est facile d'éviter les embûches d'un ennemi connu.

Sous le titre d'*Affections du sein pendant l'état puerpéral*, j'engloberai I les *lésions du mamelon et de l'aréole*, importantes surtout parce qu'elles sont le point de départ des abcès mammaires, II les *inflammations sous cutanées* de la mamelle, et III *celles de la glande mammaire*.

I. Parmi les premières nous avons : 1° les érosions, les fissures, les gerçures, les crevasses du mamelon et de l'aréole ; 2° les phlegmons et abcès du mamelon et de l'aréole.

1° *Erosions, fissures, gerçures, crevasses du mamelon et de l'aréole.*

La succion de l'enfant peut amener des vésicules sur le mamelon, grâce à la macération et au ramollissement de l'épithélium produits par l'écoulement du colostrum ou du lait. Ces vésicules se rompent et laissent des érosions isolées. Les mêmes causes d'irritation continuant, la simple érosion devient une excoriation ; les vésicules isolées se sont réunies. L'épiderme paraît enlevé comme avec l'ongle, et le derme mis à nu saigne à chaque effort de succion. La surface dénudée du mamelon peut présenter un aspect framboisé par suite de l'hypertrophie des papilles. L'excoriation se fendille, se creuse, s'allonge et suivant son étendue et sa profondeur s'appellera fissure, gerçure ou crevasse.

Les fissures et les crevasses siègent au sommet ou à la base du mamelon ou sur l'aréole. Plus fréquentes au sommet du mamelon, elles sont situées entre les papilles qu'on y observe normalement. Leur direction est radiée. A la base du mamelon, elles sont circulaires et contournent parfois tout le mamelon, qui paraît alors sur le point d'être détaché ; parfois on a vu ce dernier, miné et disséqué à la base, tomber tout d'une pièce sous l'effet de la succion. Sur l'aréole, les crevasses sont de forme irrégulière et de dimension variable. On peut n'en rencontrer qu'une comme plusieurs.

Velpeau pense que les crevasses du sein peuvent se rencontrer chez les accouchées qui n'allaitent pas. J'ai observé au-delà de quatre mille femmes ou filles-mères qui n'ont pas donné le sein après l'accouchement, et chez pas une d'elles je n'ai remarqué de lésions du mamelon ou de l'aréole. Les gerçures et

les crevasses constituent surtout un accident de la lactation. Leur fréquence est très grande. Sur cent cinquante accouchées, Winckel en trouve soixante-douze qui en sont atteintes. D'après lui, les lésions frapperaient autant les multipares que les primigestes. Ici, il est en désaccord avec la plupart des auteurs qui prétendent les rencontrer plus souvent chez les dernières ou mieux chez les femmes qui allaitent pour la première fois. Suivant Tarnier, la moitié de celles-ci en serait affligée.

Les femmes blondes, lymphatiques, à peau fine, y sont particulièrement prédisposées, de même que celles qui présentent de l'eczéma du mamelon. Lusk rencontre les crevasses plus fréquemment sur les mamelons aplatis et comprimés par les corsets et sur ceux dans lesquels les sillons inter-papillaires sont plus profonds que de coutume. "De toutes les causes prédisposantes, dit Tarnier, la plus importante est la mauvaise conformation du mamelon" qui oblige l'enfant à faire des efforts de succion plus considérable et en blesse d'autant plus le mamelon. Selon Delbet, la véritable cause serait la macération de l'épiderme due à l'action de la salive de l'enfant, au lait qui s'écoule et à l'infection consécutive. Rossi trouve dans la salive des enfants atteints de stomatite l'unique source du mal.

Je crois, avec Auvard, que la conclusion suivante est très rigoureuse et très juste : deux causes pour expliquer les lésions du mamelon et de l'aréole : 1^o cause mécanique qui prépare le terrain ; en d'autres termes, lésions simplement traumatiques ; 2^o infection qui en profite, ou lésions compliquées par la présence des microbes qui pullulent à leur surface.

Impossible de dire les souffrances que la femme éprouve quand elle donne à son nourrisson le sein affecté de crevasses. Comprenez-vous l'extrême acuité des douleurs d'un travail laborieux ? Vous imaginez-vous ce que la femme endure pendant une période de dilatation difficile ou d'expulsion lente ? Connaissez-vous la portée de ces cris déchirants des douleurs concassantes ? Combien de fois vous entendrez des mères vous dire que tout cela s'oublie, que ce n'est même pas là l'ombre de leurs angoisses au moment où l'enfant avide et affamé se jette sur leur sein pour en saisir, de ses mâchoires coupantes, le mamelon éraillé et saignant. Le penseriez-vous ! la douleur est quelquefois plus forte que l'amour maternel ; et, le cœur de la mère déchiré, n'en pouvant plus, vous répondra : "Docteur, je ne puis plus nourrir mon enfant ;" et, cependant, vous lui avez dit : "Quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent de sauver votre bébé s'il est nourri au sein."

La douleur peut quelquefois provoquer une réaction fébrile.

Si les crevasses profondes donnent du sang que l'enfant avale et rejette après par les vomissements ou les selles, il faudra être sur ses gardes pour ne pas porter de suite un diagnostic d'hématémèse ou de mélaena. Quelquefois les hémorragies répétées et abondantes peuvent affaiblir la mère.

2^o *Phlegmons et abcès du mamelon et de l'aréole.*

Les microbes peuvent envahir les solutions de continuité du mamelon, y produire des suppurations, des traînées de lymphangites ou des abcès. De là

lymphangite superficielle il résulte un œdème inflammatoire, qui, bien traité, restera localisé et disparaîtra en peu de temps sans laisser de traces.

Les follicules sébacés très développés du mamelon et de l'aréole et les petites glandes mammaires de cette dernière région peuvent être le lieu d'élection du début des phlegmasies qui aboutissent à la formation de petits furoncles ou abcès tubéreux que Delbet compare "à ceux qu'on observe dans l'aisselle ou à la marge de l'anus." Ces abcès, quelquefois multiples, sont très douloureux. Velpeau nous avertit de ne pas les confondre "avec les inégalités naturelles de la région ou avec les replis et bourrelets, vestiges d'un allaitement prolongé."

Ces petits abcès, généralement sans gravité, peuvent se réunir ou envahir les tissus plus profonds et produire des décollements sous-cutanés.

II PHLEGMONS ET ABCÈS DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.

"Pendant la lactation, nous dit Delbet, les phlegmons et les abcès du tissu cellulaire sous-cutané sont le plus souvent consécutifs à des lymphangites qui, elles-mêmes, prennent naissance au niveau des excoriations, fissures, gerçures ou crevasses du mamelon et de l'aréole."

Le phlegmon sous-cutané est généralement unique et a rarement plus d'un pouce ou deux de diamètre. Il se porte vers la peau, où il cherche à se faire jour, plutôt que vers la profondeur.

Les symptômes sont généraux et locaux comme dans toutes les inflammations phlegmoneuses : malaise, frissons ou frissonnements, accélération du pouls, élévation de la température. La peau, vis-à-vis le siège de l'inflammation, devient rouge dès le début. Cette rougeur, qui précède souvent tous les autres symptômes, se présente sous forme de plaques, peu ou pas saillantes, à bords irrégulièrement découpés, ou bien sous forme de traînées se dirigeant vers le creux de l'aisselle. Si la lymphangite qui a donné naissance à l'abcès est profonde, la rougeur de la peau se montrera beaucoup plus tard, mais les ganglions axillaires n'en seront pas moins rapidement engorgés. Par degrés se montre l'abcès en voie de suppuration : tuméfaction croissante qui se ramollit peu à peu, coloration plus marquée de la peau qui devient plus rouge, plus lisse, plus tendue, douleurs aiguës qui prennent un caractère lancinant ; le pus est formé, la fluctuation est superficielle, la tumeur s'acumine, l'abcès va s'ouvrir plus ou moins rapidement.

Mais, il peut arriver qu'avant de se faire jour au dehors, l'abcès décolle la peau, s'étende en nappe et fasse le tour du sein, et, suivant Chassaignac, fuse vers l'aisselle, l'hypocondre et l'épigastre

III PHLEGMONS ET ABCÈS GLANDULAIRES.

La mastite puerpérale ou l'inflammation de la couche glandulaire du sein pendant l'allaitement se reconteraît d'après Winckel et Kochler chez six pour cent des femmes accouchées, et, d'après Deiss, trois fois sur cent. Elle est plus fréquente chez les primipares. Je laisse de côté, ne la trouvant pas assez importante, la question de la préférence de l'inflammation pour tel sein, le

gauche ou le droit. Il est bon de savoir qu'on bataille sur ce terrain et que beaucoup d'auteurs ont, à l'appui de leur thèse contradictoire, des chiffres respectables. J'en observe, aujourd'hui même, deux cas. Chez l'une des femmes, le sein droit est malade, tandis que chez l'autre c'est le sein gauche qui est frappé. Les deux seins sont souvent atteints simultanément ou successivement.

Virginia M. Davis prétend que l'apparition de l'inflammation a trois périodes de prédilection bien marquées : 1° après la montée du lait, entre le cinquième et le vingtième jour, quand la glande mammaire est à s'habituer à sa nouvelle fonction ; 2° quand l'enfant commence à mâchonner et à mordre avec ses premières dents ; 3° au moment du sevrage, quand l'enfant tiraille et mord le sein qui ne le rassasie plus.

Que faut-il pour la formation d'un abcès ? Des microbes, une porte d'entrée, et un milieu favorable à leur pullulation.

Des microbes ? où ne les trouve-t-on pas ? La peau en est couverte. Le creux axillaire, tout voisin du sein, est loin d'être pour eux la vallée de la mort ; ils y sont légions, tous vivants. L'aréole et le mamelon, avec leurs glandes qui secrètent continuellement, entretiennent autour du mamelon un sillon toujours humide et propice à leur accroissement. " Dans un tel endroit, dit A. Marmaduke Sheild, (1) les organismes doivent abonder et la moindre solution de continuité est inoculée aussi sûrement que si le chirurgien y avait frotté intentionnellement un virus. "

Des microbes ? il y en a sur les doigts de la mère qui portent le mamelon à la bouche de son enfant ; sur les lèvres de ce cher nourrisson, ou entre ses paupières malades ; sur les linges plus ou moins propres qui recouvrent le sein.

Des microbes ? il y en a dans le sang de l'accouchée, dans le lait de la nourrice. Cohn, Newmann, Pallaske, Ringel et beaucoup d'autres ont trouvé des microbes dans le lait des accouchées bien portantes. " Les recherches de M. Honigmann, (2) par leur grand nombre, constituent une contribution importante à l'étude de ce problème. Chez 64 femmes récemment accouchées, 76 recherches faites dans les meilleures conditions d'asepsie possibles ont permis de constater 4 fois seulement que le lait était entièrement stérile ; dans tous les cas, M. Honigmann trouva dans ce liquide le staphylocoque doré ou le staphylocoque blanc. " En 1895, Charrin a constaté dans le lait l'existence de staphylocoques. " Il m'est arrivé, dit-il, (3) un assez grand nombre de fois, avec M. Budin, de constater la présence du staphylococcus albus dans le lait de nourrices absolument bien portantes, allaitant des enfants sains. C'est-là, ajoute-t-il, un nouveau cas de microbisme latent. Qu'une cause occasionnelle survienne et cet agent préexistant se manifestera. "

Donc, le microbe existe. Quelle est sa porte d'entrée ?

Les germes infectieux peuvent arriver dans les profondeurs de la glande

(1) The Lancet-London, 1896, page 1198.

(2) Semaine Médicale, 1894, page 144.

(3) Semaine Médicale, 1895, page 56.

mammaire de trois manières : par les vaisseaux sanguins, par les lymphatiques, par les canaux galactophores.

L'infection par la voie sanguine est très rare et la plupart des auteurs se contentent de la mentionner comme possible. Tout de même, il ne faut pas oublier que dans l'infection puerpérale, le sang peut charrier les microbes jusque dans la mamelle, comme il a pu les transporter ailleurs et qu'ils peuvent y coloniser. Escherich (1) a montré par ses expériences sur les animaux que " les micro-organismes charriés par le sang peuvent être éliminés au niveau de la mamelle par le lait, comme ils le sont au niveau du rein par l'urine. ", Survienne encore la cause occasionnelle et voilà le feu aux poudres.

" La théorie de l'infection par les lymphatiques," dit Georges Mendailles, défenseur enragé de la théorie par infection canaliculaire, " dans les abcès du sein semble définitivement ruinée. " N'est-ce pas là trancher vite une question encore controversée et qui semble, à bon droit, avoir des défenseurs autorisés. " D'autres fois, (2) dit Tarnier, la lymphangite est profonde, intra-glandulaire, et peut donner lieu... à des abcès collectés dans l'épaisseur de la mamelle..... " Que les abcès succèdent à la lymphangite mammaire, cela n'est pas douteux... " Nélaton l'avait bien vu ; son élève Richard pense également que le plus grand nombre des abcès mammaires sont d'origine angioleucitique, et je partage cette manière de voir. " Vous le voyez, Tarnier laisse jouer aux lymphatiques un rôle prépondérant dans les mastites. Budin, le père de la théorie canaliculaire, n'est pas complètement fixé sur l'origine certaine ; il a des doutes. " Il serait aussi, dit-il, très-important de faire des recherches expérimentales sur les animaux, on éluciderait ainsi plus complètement la part qui revient à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et à l'inflammation des canaux galactophores ; on arriverait probablement à prouver qu'à côté de la mastite vraie, due à l'inflammation des canaux galactophores et des acini, il existe aussi des abcès du sein consécutifs à la lymphangite profonde. " Plus loin Budin ajoute : " Dans deux cas (3) nous avons vu survenir de la lymphangite superficielle, avec traînées rouges sur la peau et engorgement des ganglions axillaires, puis quelques jours plus tard, de la galactophorite et de la mastite. Une autre fois, j'ai vu la lymphangite superficielle co-exister avec la galactophoro-mastite ; l'existence de la lymphangite n'empêche donc nullement, on le comprend, la production de la galactophorite. Il peut sans doute y avoir aussi combinaison de la lymphangite profonde et de la galactophorite. "

Boissard, qui marche sur les pas de Budin, admet aussi deux portes d'entrée. " Les accidents, (4) dit-il,..... tout en reconnaissant une seule et même cause, sont de deux sortes, à savoir, la lymphangite et la galactophorite, dont le processus final peut déterminer la formation d'un abcès ; mais, dans le premier cas, vous aurez affaire à une inflammation *périglandulaire*, envahissant, par la voie des lymphatiques, le tissu cellulaire ; dans le second, vous aurez affaire

(1) Pierre Delbet in Duplay et Reclus : Traité de Chirurgie.

(2) S. Tarnier - De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique.

(3) Leçons de Clinique Obstétricale. Budin.

(4) Semaine Médicale, 1893, page 460.

à un abcès *glandulaire*, parenchymateux, envahissant par la voie des canaux galactophores les acini, les culs-de-sac d'un ou de plusieurs lobules de la glande."

Delbet, qui se fait fort de prouver la théorie défendue par Duplay, c'est-à-dire la théorie de l'infection par la voie canaliculaire, laisse percer un doute : " D'un autre côté, (1) dit-il, personne ne peut affirmer qu'ils (les lymphatiques) ne sont jamais l'origine des abcès intra-mammaires. "

Je trouve dans Mendailles ces phrases : " Cataliotti, (2) Arbel signalent un autre mode d'infection de la glande mammaire. Grâce à une crevasse du mamelon, l'infection lymphatique se produit, se propage au tissu inter et péri-mammaire, puis, gagnant de proche en proche, arrive enfin à produire de la galactophoro-mastite. Certes on ne peut nier systématiquement ce mode d'infection. "

La symptomatologie de la mastite nous fera comprendre plus facilement ces diverses citations.

Pourquoi semble-t-on, aujourd'hui, se rallier à la théorie de l'infection par les canaux galactophores ? On se base sur la clinique, sur les symptômes ; les recherches sont plus minutieuses. L'accord existerait probablement si tous les observateurs s'étaient placés sur le même terrain et voyaient la maladie à la même période. Quand une malade se présente à la clinique avec un abcès du sein très avancé, il est assez difficile de dire et de prouver que le microbe a pénétré dans la glande mammaire par les lymphatiques plutôt que par une autre voie. Les ganglions axillaires, dans ce cas, peuvent être engorgés ; la difficulté, pour établir un diagnostic certain de lymphangite ou de galactophorite, est de savoir s'ils se sont engorgés primitivement ou secondairement ?

Y aurait-il lieu de faire une distinction, de diviser, de compliquer ce chapitre ? Certainement non ; il faudrait, quand même, en venir au même point, au même traitement. Mais, pour se mettre à la hauteur des travaux modernes, sur quoi s'appuie-t-on pour proclamer qu'on a une galactophorite ou galactophoro-mastite (c'est-à-dire inflammation des canaux galactophores, des acini) plutôt qu'une lymphangite ou lymphango-mastite (pardonnez-moi l'invention du mot) c'est-à-dire une mastite provenant d'une infection par les lymphatiques ? Sur deux symptômes du début : dans la lymphangite il y aurait engorgement des ganglions axillaires ; dans la galactophorite, en pressant, d'une certaine manière, sur le sein, on ferait sortir, par le mamelon, du pus avec le lait, et de plus les ganglions axillaires ne seraient pas affectés. Chassaignac n'a vu que deux adénites sur onze mastites.

De plus, Delbet ajoute " que (3) les vraies mastites sont souvent localisées à un lobe de la glande ; elles sont nettement lobaires. Comment expliquer ce phénomène, si l'on admet l'infection par les lymphatiques, puisque tous les lymphatiques de la mamelle communiquent largement les uns avec les autres ?

(1) Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus.

(2) Des mastites puerpérales et de leur traitement, thèse par G.orges Mendailles, 1896.

(3) Pierre Delbet in Traité de Chirurgie, par Duplay et Reclus.

Et puis, on sait combien il est fréquent dans les mastites de voir des abcès multiples qui se succèdent tout en restant indépendants les uns des autres ; l'un frappant un lobe de la glande, le suivant, un autre lobe très éloigné, sans qu'il y ait aucun rapport de continuité ou de contiguïté entre les deux." D'après Delbet, les abcès multiples qu'on rencontre dans les lymphangites sont régulièrement échelonnés le long d'un tronc lymphatique, en plus il y a engorgement ganglionnaire. Est-il nécessaire de répéter ce que j'ai dit au début de mon travail en comparant la glande mammaire au rein et au foie. Ces trois glandes ont des canaux excréteurs ouverts à l'infection. N'est-il pas naturel de supposer, et n'est-il pas facile de prouver que presque toujours la mastite se produira comme a pu se produire la pyélo-néphrite ascendante. Les vaisseaux lactifères s'ouvrent à l'extérieur comme une bouche béante prête à recevoir les microbes déposés sur ses lèvres.

Comme troisième condition indispensable à la formation d'un abcès, j'ai dit qu'il fallait un milieu favorable à la pullulation des agents microbiens ; quel est donc ce terrain de culture ?

Les crevasses sont certainement le centre des opérations le plus propice à leur propagation. Les microbes y exaltent leur virulence et s'y développent rapidement. D'un autre côté, ils peuvent s'embusquer dans les sillons inter-papillaires normaux. En effet, tombés des yeux de l'enfant atteints d'ophtalmie purulente, sortis de la bouche du nourrisson couverte de muguet ou dans laquelle s'est ouvert un phlegmon parotidien, ou déposés par les mains souillées de la mère sur le mamelon, les micro-organismes ne trouvent pas toujours sur le sein un nid tout préparé avec un bon bouillon de culture ; ils demeurent à la surface, dans les interstices naturels ou dans le sillon qui couronne le mamelon, et là, ils guettent l'occasion de pénétrer dans les canaux galactophores. Voici comment s'explique l'inflammation du sein sans crevasse : le microbe est sur la mamelle saine ; il va y jouer le même rôle qu'au rein ou au foie. Il a pénétré dans la vessie, mais, de là, lui est-il facile d'arriver jusqu'aux bassinets ? La vessie étant infestée de microbes, lavez-la vous retarderez indéfiniment l'infection du rein ; mais que l'urine soit gênée dans sa sortie, le coup de théâtre est fait ; le microbe a profité de la stagnation de l'urine et il s'est précipité vers le rein. De même pour le sein, il n'y a pas de crevasses, la sécrétion se fait bien, la mamelle se vide régulièrement, impossible pour le microbe de pénétrer, le courant l'entraîne ; mais qu'un obstacle quelconque arrête le cours du lait, et voilà l'infection produite.

Autrefois, on comprenait mal l'étiologie de la mastite. On remarquait bien l'engorgement laiteux, le *poil*. Aristote prétendait que quelquefois les femmes avaient avalé, sans s'en douter, un poil qui venait obstruer les canaux galactophores et occasionnait la rétention du lait. Cette rétention causait de l'irritation, de la congestion. Cette dernière était-elle intense, le sein devenait brûlant, tendu et douloureux ; il en résultait une inflammation, un abcès.

Les mêmes idées, moins l'histoire du poil, ont survécu à Aristote. " Tant que la distension, nous enseigne Velpeau, (1) ne réagit que mécaniquement, le

(1) Budin : Leçons de clinique obstétricale.

“ poi! n'est qu'un engorgement ; mais, ainsi distendus, les conduits lactés peuvent perdre patience ; alors l'irritation gagne la glande et prend vite les caractères de l'inflammation parenchymateuse. ”

Laissez-moi vous citer Churchill pour vous montrer la manière quelque peu vieillie d'expliquer l'inflammation à la suite de rétention : “ La fluidité du lait, dit-il, (1) par une cause quelconque est altérée, les conduits galactophores sont obstrués, le lait se coagule, il est retenu, le coagulum laiteux joue véritablement le rôle d'un corps étranger dans le sein. ” Churchill reconnaît l'altération du lait, mais il ne peut en connaître la cause. Cette altération s'explique facilement aujourd'hui par la bactériologie.

Que l'engorgement laiteux soit pour quelque chose dans les inflammations, on semble le croire encore aujourd'hui ; mais que seul, il produise la mammité, les expériences prouvent le contraire. Kehler n'a jamais pu l'obtenir chez les lapines dont il avait obturé les orifices galactophores. Pierre Delbet a fait d'autres expériences. Il a pris des chiennes, leur a ligaturé, sous la peau, certains canaux galactophores. Les petits ont continué à têter, et jamais n'apparut aucune inflammation.

D'un autre côté, les recherches bactériologiques ont toujours démontré l'existence de microbes dans le lait des femmes atteintes de mastite inflammatoire.

M. Georges Mendailles, qui écrit sa thèse en 1896, prête à l'engorgement laiteux une importance capitale dans la production de la maladie. Pour lui, il existe deux causes combinées : l'engorgement et le microbe. “ Isolés, (2) chacun de ces deux facteurs perd de son importance ; réunis, ils s'influencent réciproquement, augmentent comme en un cercle vicieux leur action nocive. ” En effet, beaucoup moins de danger d'infection si la mamelle se vide régulièrement. Je le répète, les microbes cheminent plus facilement dans des canaux où le liquide est stagnant, sans courant contraire.

Ainsi donc, la stase laiteuse seule ne peut produire la mastite inflammatoire, mais elle en favorise l'éclosion. L'expérience le prouve, on remarque beaucoup plus souvent l'inflammation dans les lobes inférieurs de la mamelle, endroits d'où le lait sort plus difficilement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La mamelle entière n'est jamais prise d'emblée. Au début on remarque un où plusieurs lobes de la glande formant des foyers inflammatoires séparés. Ce sont les lobes externes et inférieurs qui sont le plus souvent affectés. L'inflammation peut envahir successivement presque tous les lobes.

L'infection s'est faite par les canaux galactophores. Le micro-organisme y détermine une fermentation du lait dont la lactose s'est transformée en acide butyrique et en acide lactique. La caséine se coagule en emprisonnant les agents de la suppuration. Les cellules épithéliales de la paroi des acini se

(1) Traité pratique des maladies des femmes, Flechwood Churchill.

(2) M. Georges Mendailles : Des mastites puerpérales et de leur traitement, thèse de Paris, 1896.

gonflent, leur noyau dégénère, mourt et disparaît. La cavité des acini peut être vide ou comblée par des globules de pus.

“ Enfin, dit Mendailles, une infiltration embryonnaire de plus en plus considérable se localise à la périphérie des acini. A ce premier stade, où l'architecture du lobule est conservée, en succède un autre où toute systématisation disparaît : un tissu semblable au tissu de granulation occupe la place de l'ancien lobule. Il est formé par des leucocytes, caractérisés par leurs noyaux réniformes, et par des cellules fixes ramenées à l'état embryonnaire. Entre ces éléments s'interposent les rares fibrilles conjonctives qui n'ont pas encore disparu au cours du processus inflammatoire. ”

Les bactéries pénètrent dans le tissu conjonctif interacineux qu'ils fragmentent et détruisent et le lobule glandulaire se trouve dès lors transformé en foyer purulent miliaire. C'est la réunion des foyers purulents qui constitue la caverne. Celle-ci est irrégulière, anfractueuse, formée de cavités juxta-posées.

“ Des lambeaux de tissu conjonctif, reste des cloisons interlobulaires, flottent dans le pus et donnent à la caverne l'aspect d'une éponge. Ses parois sont formées d'une épaisse membrane granuleuse qui arrête les microbes et oppose une barrière à l'inflammation. Au point de vue thérapeutique, ce qui importe le plus, c'est la forme irrégulière de ces abcès, la présence des cloisons et des diverticules dans lesquels le pus peut séjourner. ” (Delbet.) Le pus finit par détruire toutes les cloisons et cherche à se faire jour quelque part, soit à l'extérieur, soit dans la profondeur. Le pus peut produire de larges décollements sous-cutanés ou rétro-mammaires, parce qu'il fuse dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le tissu conjonctif rétro-mammaire. On pourrait avoir ce qu'on appelle l'abcès en bouton de chemise si le pus se répand à la fois dans les deux directions.

(A suivre.)

VILLEROY.—Tableaux synoptiques de Pathologie externe, par le Dr VILLEROY
1 vol. gr. in-8 de 208 pages, cartonné. 5 fr.

Ce livre manquait dans notre littérature médicale; il vient remplir une lacune signalée depuis longtemps pour le praticien qui n'a pas le loisir de consacrer de longues heures à la recherche du renseignement qu'il désire et pour l'étudiant qui est obligé de revoir rapidement les matières sur lesquelles doit porter son examen.

Les *Tableaux synoptiques de Pathologie externe*, avec leurs caractères noirs qui se détachent en saillie, avec leurs accolades multiples qui établissent une hiérarchie dans les divisions et les subdivisions du sujet, se présentent à la vue et à l'esprit avec une netteté et une précision dont l'utilité n'échappera à personne, et qui faciliteront singulièrement la mémoire.

On peut dire que M. le Dr Villeroy a rendu un véritable service à tous ceux qui veulent embrasser d'un coup d'œil les différents aspects sous lesquels peut être étudiée telle ou telle maladie chirurgicale.

Il est vraiment extraordinaire que l'auteur ait pu faire tenir autant de matière dans un nombre aussi limité de pages et pour un prix aussi modique, et cela sans nuire à la clarté lumineuse de l'exposition.

Les *Tableaux synoptiques de Pathologie externe* trouveront auprès des praticiens et des étudiants le même succès que les *Tableaux synoptiques de Pathologie interne*, parus il y a un mois, à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue HAUTEFEUILLE (près du boulevard Saint-Germain) à Paris.

NOTES DE CLINIQUE.

TUMEURS DU SEIN.

Clinique du Professeur TILLAUX, avec observations complémentaires.

(De notre correspondant européen).

MESSIEURS,

Le sujet dont nous allons nous entretenir aujourd'hui est plein d'intérêt, non seulement pour le chirurgien, mais aussi pour le médecin : puisque celui-ci étant souvent le premier consulté, de la précocité et de la justesse de son diagnostic dépendra pour la patiente un avenir, soit de guérison et de santé, soit de souffrances fatalement terminées par une mort pleine d'angoisses. Le cancer du sein nous occupera donc ce matin.

Tout juste dans le moment, nous avons dans le service deux malades qui viennent pleines d'espoir demander à notre art la guérison, guérison probable dans un cas, douteuse dans le second, où je crains de nous voir impuissants à enrayer un mal déjà trop avancé et généralisé.

Examinons donc la première de nos patientes, celle pour qui tout à l'heure nous tenterons la guérison, par l'enlèvement aussi total que possible de tous les tissus malades.

Et tout d'abord voyons "*les antécédents*".

Père, 68 ans, jouissant d'une excellente santé.

Mère, malgré ses 70 ans, bien portante ; a eu 6 enfants

Du côté des frères et sœurs : rien de particulier à noter.

La patiente, jeune d'ailleurs, — 35 ans —, a eu 3 enfants, le dernier à 29 ans.

Messieurs, ne manquez pas de vous enquérir de ces divers détails, et faire la lumière sur ce que j'appelle "*les antécédents*"; souvent vous y découvrirez une tare héréditaire, soit directe, soit collatérale. Laissez-moi vous citer en passant le cas d'un vieillard qui monte à ses 80 ans jouissant d'une excellente santé; dans l'entretemps il voit ses 6 enfants être emportés de cancer, et ne voilà-t-il pas que lui-même à 84 ans se voit pris du même mal.

Et cet autre : une mère vient me consulter pour de la métrorrhagie, accompagnée de douleurs : je diagnostique un épithélioma. L'année suivante j'opérais sa fille pour une tumeur maligne du sein.

(*Traumatisme local.*) Si dans les antécédents héréditaires de notre malade rien ne donne l'éveil, au moins trouvons-nous un traumatisme local qui puisse aider à comprendre la poussée subite du néoplasme. En mai 1896 cette jeune femme, faisant la promenade, est violemment projetée hors la voiture et vient se contusionner le sein gauche (côté malade) contre une motte de terre durcie. Deux mois et demie après l'accident, elle constate une bosse légère dans le sein. Peu à peu les dimensions s'accroissent, en même temps que les douleurs font leur apparition. De cela 18 mois, et voici maintenant ce que l'examen nous donne. Procédons avec méthode.

(*Apparence extérieure.*) Messieurs, lorsque vous examinez une malade pour une affection du sein, particulièrement si vous la soupçonnez maligne, ayez soin de faire découvrir le haut de la poitrine pour comparer les deux côtés, — la grosseur relative des seins, — l'apparence de la peau, — les dilatations veineuses — et les creux claviculaires : n'oubliez pas ce dernier point qui vous fournira des indications ou contre indications pour le traitement. — Ici nous trouvons le sein.

malade plus gros, la mensuration donne 44 centimètres de circonférence, contre 36c. au côté droit.

Et la peau?—normale, mais d'apparence seulement. Il est une variété de cancer où la peau envahie par l'élément pathologique revêt une apparence spéciale "chagrinée" et que Nélaton a appelée, voulant que le mot fasse peinture, "peau d'orange". Des dilatations veineuses courant sur la peau du sein malade doivent de suite attirer l'attention. C'est un détail pointant vers la malignité, mais demandant à être complété par d'autres symptômes.

Y a-t-il des "bosselures" apparaissant à l'extérieur? et si oui, dans quelle position vis-à-vis les lymphatiques du voisinage, sur leur chemin vers l'aisselle, —ou plutôt ailleurs?—Quels rapports avec la peau qui la couvre?

Messieurs, voilà un point capital pour le diagnostic. Il est évident qu'un néoplasme se développant sur le trajet des lymphatiques allant à l'aisselle fait immédiatement pencher vers un diagnostic de malignité. S'il est adhérent à la peau qui la couvre, alors presque sûrement il est de nature cancéreuse.

"Au palper", trouvez-vous un noyau d'induration localisé, mobile,—ou est-ce tout le sein qui est malade? En un mot, quels sont les rapports du néoplasme avec la glande elle-même: et j'attire ici votre attention. Je divise à ce point de vue les tumeurs du sein en tumeurs "encapsulées et non capsulées";—rangeant parmi les dernières, le carcinome,—parmi les premières, les fibromes, adénomes, sarcomes et cystes.

Après nous être rendu compte des rapports de la tumeur avec la glande, examinons et voyons si le tout a formé adhérence avec les tissus sous-jacents, les pectoraux. Il y a intérêt à cela, car dans l'affirmative, il y a plus de réserve à garder pour le pronostic, vu le danger d'infection de la plèvre. Dans le cas qui nous occupe, la tumeur est mobile profondément.

Mamelon. Ai-je besoin de vous dire toute l'importance que revêt l'état du mamelon dans ces cas de néoplasie mammaire? Est-il libre ou rentré en dedans?—Rétracté: pensez au squirrhe et recherchez d'autres symptômes concomittants. Libre: espérez une tumeur bénigne, mais n'oubliez pas la possibilité du sarcome.

Quant à l'état du "système lymphatique," c'est aussi là un des points capitaux. Examinez l'aisselle et l'espace sus et sous-claviculaire: celui-ci envahi vous avez là contre-indication formelle à l'opération. Chez cette femme: le creux axillaire est pris, mais les espaces claviculaires sont libres.

Pour résumer les symptômes que nous trouvons chez notre malade, nous dirons: Pas de tare héréditaire, mais traumatisme local. Néoplasie dure,—non encapsulée, faisant masse avec la glande,—proéminence sur le trajet des lymphatiques axillaires, qui sont hypertrophiés;—adhérences de la peau:—le mamelon, sans être rétracté, n'est pas libre;—augmentation progressive de la tumeur avec apparition des douleurs.

J'arrête mon "diagnostic" à celui de carcinome.

Traitement: Que de faillites nous avons à enregistrer ici, et combien peu nombreux et permanents nos succès sur un adversaire aussi indomptable.

N'oubliez pas, Messieurs, et l'expérience me l'a maintes fois rappelé, hélas: le terrain persistera toujours et prêt toujours aussi à faire revivre l'ennemi qu'on croyait avoir chassé pour de bon hors ses murs. Jugez plutôt: Il y a 12 ans, j'opérais une jeune femme pour un cancer du sein à peine perceptible et encapsulé, et je croyais à une cure radicale.

Six ans plus tard, la mère développait un cancer utérin; et l'an dernier, mon opérée d'il y a 12 ans revenait avec une récidive.

Dans un cas marqué, établissez bien si l'affection est limitée ou diffuse. Si limitée: opérez. Vous donnerez à la malade peut-être la guérison, au moins un surcis de quelques mois.

Au contraire, est-ce généralisé, surtout est-ce un de ces cas de cancer en cuirasse, de grâce n'allez pas toucher ce que j'appellerai le chat qui dort. L'opération ici est un désastre : notez le bien, la malade ne relèvera pas du lit, si ce n'est pour se traîner encore plus misérable qu'avant. La récurrence se fera et sûrement, dans la plaie ;—la plaie ne cicatrisera jamais, et comme si l'ennemi se trouvait stimulé par cette intervention chez lui, il poussera d'autant plus vite ses prolongements envahisseurs, pour amener plus tôt une cachexie mortelle.

Messieurs, Velpeau à la fin de sa carrière ne voulait plus opérer de cancer du sein ;—laissez-moi vous dire que beaucoup de chirurgiens sont du même avis.

PROF. TILLAUX,

Hôpital de la Charité, Paris.

* * *

Lorsque nous nous trouvons, médecin ou chirurgien, en présence d'un patient qui nous vient consulter, l'une des premières réquisitions pour arriver à un diagnostic précis, est de bien avoir présent à l'esprit les différentes affections auxquelles le cas présent peut correspondre, pour de là, procédant par exclusion, arriver à formuler une opinion nette et décisive.

Aussi, avant à poser un diagnostic pour une néoplasie mammaire, il importe d'en connaître les différentes variétés et les caractères spéciaux à chacune.

La meilleure division qui se puisse proposer, celle qui facilite davantage le diagnostic et comporte par là même les meilleures indications thérapeutiques, est celle que Billroth donnait à ses élèves : tumeurs bénignes, malignes et à pronostic variable.

Il serait oiseux de vouloir à l'heure actuelle s'arrêter et en toute confiance à une division basée sur la nature histologique des néoplasmes, alors que l'on voit les maîtres du microscope et de la pathologie, encore aux prises, soutenant chacun leur théorie.

Les propositions de Lancereaux (Anatomie pathologique et de Rindfleisch (Histologie pathologique) furent longtemps admises. Ces pathologistes faisaient venir les tumeurs à forme épithéliale (épithéliome et carcinome) de l'épiblaste et de l'endoblaste :—tandis que les néoplasies bénignes et le sarcome seraient d'origine mésoblastique. Mais voilà qui ne saurait plus tenir, puisqu'il paraît admis à l'heure actuelle par les embryologistes, qui ont le plus de compétence, que le feuillet moyen n'a pas une origine différente, qu'il n'est pas de provenance extra-embryonnaire, mais qu'il dérive soit de l'ectoderme, comme l'a soutenu Kolliker, soit plus vraisemblablement de l'endoderme, comme le pensent Duval et Hertwig.

Chacun propose dès lors ses vues.

Virchow fait du tissu conjonctif le tissu indifférent par excellence, pouvant évoluer vers tous les types arrêtés de tissus.

Conheim attribue le rôle générateur universel à la cellule migratrice, au globe blanc.

Robin défend toujours la spécificité des éléments anatomiques et la formule " omnis cellula e cellula ejusdem naturae " résume ses vues.

Billroth, qui ne resta pas indifférent à cette importante question de l'origine histologique des tissus, prend un terme moyen et prétend que chaque cellule vivante peut rétrograder à son état de cellule formatrice indifférente et édifier de l'épithélium aussi bien que du tissu conjonctif.

Pour conclure, les pathologistes ne peuvent encore proposer une unité de doctrines, et le pourraient-ils, que la meilleure division, au point de vue clinique du diagnostic et de la thérapeutique, est encore de beaucoup celle du maître allemand.

M'arrêtant donc aux doctrines du grand clinicien de Vienne, je classerai ainsi les néoplasies mammaires.

Tumeurs malignes	{	Carcinome (squirrhe et encéphaloïde).
		Epithéliome.
T. Bénignes.	{	Fibrome.
		Lipome.
		Noyau de mammité.
T. à pronostic variable.	{	Sarcome.
		Adénome.
		Lymphadénome.
		Myxome.

Je dirai du sarcome, qu'il est presque toujours malin dans son évolution et qu'il doit être considéré tel au point de vue thérapeutique. De plus, il existe rarement seul, mais presque toujours allié plutôt au fibrome ou à l'adénome ; si bien que les adéno-sarcomes constituent la majorité des tumeurs bénignes du sein.

Un examen comparatif d'une série d'études sur les tumeurs du sein m'a conduit à la conclusion que le carcinome figurait pour 83 par cent de ces néoplasies.—les 17^oo restant étant réparties entre le sarcome, l'adénome, le fibrome, les cystes.

Billroth, en faisant une moyenne de ses statistiques de Berlin, Zurich et Vienne, fait la part du cancer 82 pour cent, et la balance pour les tumeurs bénignes

Parmi ces dernières, l'adéno-sarcome est, comme je l'ai dit, en grande majorité, réclamant d'après Schröder 100^oo de toutes les néoplasies mammaires ;—Schmidt lui donne 70^oo. Peut-être faut-il chercher la fréquence relative de cette variété bénigne, dans le fait qu'ici il y a à la fois hyperplasie de l'élément glandulaire et de l'élément conjonctif.

Envisageant donc les tumeurs du sein au point de vue de leur évolution et des symptômes cliniques, la diagnostie devra se poser entre les néoplasies franchement bénignes,—le sarcome et le squirrhe, la forme à peu près constante du carcinome mammaire.

D'après des observations que je prenais au Skin & Cancer Hospital de New-York et à la clinique du Prof. Lewis, au Post-Graduate, je résumerai ainsi leurs traits cliniques spéciaux.

Squirrhe :

Douleur presque constante et souvent dès le début même.—Néoplasie faisant corps avec le sein, et, à période avancée, adhérente profondément.

Dure :—

Souvent, diminution de la masse glandulaire.

Rétraction du mamelon : en rapport avec le voisinage de la néoplasie.

Peau adhérente, parfois apparence chagrinée ; "peau d'orange". Atrophie cutanée en plaque : cancer en cuirasse.

Envahissement ganglionnaire de l'aisselle.

Marche généralement lente.

Malade pourra depuis longtemps avoir souffert du soi-disant eczéma du mamelon, — Paget disease. — qu'on rapporte de nos jours à une affection parasitaire, avec tendance à formation de cancer.

S'il y a ulcération de la peau, les bords en seront durs, irréguliers, évidés, adhérents à la tumeur, rarement y verra-t-on cet état fongueux commun à l'ulcération sarcomateuse.

Enfin, la patiente sera plutôt âgée.

Sarcome :

Douleur n'apparaît généralement que lorsque la tumeur a existé depuis assez longtemps et pris un volume assez marqué.

Tumeur encapsulée, généralement séparable de la glande.

Consistence: plus ferme que le tissu glandulaire; sauf dans les cas de dégénérescence cystique, où on peut avoir renitence plus ou moins marquée suivant le développement des cavernes

Tendance marquée à l'hypertrophie.

Mamelon: généralement libre et poussé au dehors par le développement néoplasique.

Peau: libre, non adhérente. Parfois, surtout si le développement de la tumeur est très accentué, la peau pourra être tendue, paraître adhérente, mais ce ne sera pas par des tractus fibreux comme dans le squirrhe.

S'il y a ulcération, les bords seront fongueux, rarement adhérents à la tumeur, du moins au début, — saignant facilement; — suintement fétide, abondant.

Veinales courant sur la peau; comparez avec le côté sain.

Système lymphatique: rarement pris.

Marche généralement rapide.

Malade dans ses jeunes années plutôt. On l'a même vu apparaître à 18 ans.

Tumeurs bénignes.—Néoplasie indolente, encapsulée, généralement séparée de la glande, indolore, sans adhérence à la peau, mamelon libre, pas d'envahissement ganglionnaire, pas de veinules marbrant la peau, tumeur datant peut-être d'une poussée inflammatoire en période puerpérale, peu ou pas de tendance à l'hypertrophie.

Si j'examine quelques-uns de ces symptômes, j'ajouterai que la douleur dans le squirrhe est presque si généralement constante, que quelques chirurgiens ont voulu en faire un symptôme pathognomonique. Que la douleur soit moins marquée et plus tardive dans le sarcome, s'explique, je crois, par le fait que l'élément néoplasique est moins dense et de plus encapsulé, tandis que le squirrhe pousse partout ses traînées fibreuses qui envahissent le tissu glandulaire et compriment les filets nerveux si délicats de cet organe. Il faut ici, cependant, tenir compte du tempérament nerveux du sujet: il est de simples tumeurs bénignes du sein qui donnent plus de douleurs qu'un néoplasme cancéreux, surtout si la patiente est nerveuse et alarmée.

Pour ce qui est de l'adhérence de la tumeur avec le pectoral, ou tout au moins le fascia, il faut apporter un peu de soin dans l'examen, et pour être certain de la mobilité profonde nous devons engager la patiente à contracter son pectoral en la faisant tirer par exemple sur le bord du lit pendant que nous cherchons à mobiliser le néoplasme. Par faute de cette précaution et si nous faisons l'examen alors que le pectoral est au repos, il arrivera souvent que nous trouverons libre une tumeur qui de fait est adhérente, et cela à cause de la laxité du muscle qui lui permet de suivre les mouvements imprimés à la tumeur.

Etat du mamelon: caractère si important.—Sa rétraction s'explique facilement par le fait de tractus fibreux ayant envahi les vaisseaux galactophores. Au contraire, l'expansion du sarcome le projette en dehors. Les Américains emploient ici deux expressions si caractéristiques que je les donne parce qu'elles peignent juste: *sarcoma outgrows*, *schirrus ingrows*. Cependant, soyons sur nos gardes, pour ne pas être induits en erreur ici et dans un cas où le mamelon paraîtra enfoui, examinons s'il est vraiment rétracté et retenu par les bandes fibro-cancéreuses; ou s'il est simplement débordé par la masse hyperplasique, alors qu'en déprimant cette masse on fait surgir le mamelon, libre d'ailleurs à sa base.

Et la peau? Donnons-y grande attention, et elle nous fournira son contingent d'informations. Recherchons si elle est chagrinée—peau d'orange—ce qui indique envahissement par les tractus cancéreux. Et alors si le cas est encore passible de bénéficier d'une intervention chirurgicale, que le bistouri cerce loin du mamelon. Palpons là pour trouver les plaques du cancer en cuirass-

se, qui d'ailleurs font généralement contraste par leur apparence avec la peau saine. Examinons s'il n'y a pas ici ou là le bouton pustuleux, dont Velpeau a montré toute l'importance. Tout juste ces jours derniers, je revoyais, à la consultation de l'Hôpital Broca, une bonne vieille, qui avait bien passé ses 65 ans, et qui revenait pour une récidive de cancer du sein opéré il y a 20 ans : les ganglions claviculaires étaient pris et tout en arrière, à la tête de l'épine de l'omoplate, nous trouvions un de ces boutons pustuleux. Ce bouton a quelque chose de l'apparence d'un bouton acnéique pustuleux, avec une aréole inflammatoire à peine marquée.

Que le carcinome soit compliqué d'envahissement ganglionnaire, tandis que le sarcome ne l'est que par exception, s'explique facilement si l'on se reporte à la pathogénie de ces deux types hyperplasiques : le premier s'en prenant particulièrement au système lymphatique, par lequel il se généralise ; le second, très vasculaire, pousse ses éléments embryonnaires par la gaine des vaisseaux sanguins. Pour qui a fait la pathologie microscopique, l'évolution de ces deux formes néoplasiques est des plus intéressantes à suivre, et partant leurs symptômes plus faciles à saisir et expliquer. Quénu dit du carcinome, "c'est la diffusion de cellules épithéliales en voie d'accroissement monstrueux." Quant au sarcome, la transformation vasculaire en est l'essence ; il est pauvre en vaisseaux artériels, mais "*les capillaires et les veines*" atteignent un développement considérable.

N'est-ce pas là qu'il faut chercher l'explication d'une foule de caractères différents ? Ainsi, que le sarcome est bien plus apte à subir la dégénérescence cystique et à former de véritables hématomes en tissu néoplasique ; que le sarcome se développe beaucoup plus rapidement, ce à quoi contribue, pour une large part aussi, l'état embryonnaire de ses cellules ; que les viscères sont tôt envahis, surtout le poumon ; que les veines cutanées superficielles à la tumeur ne tardent pas à trancher sur la blancheur de la peau. Ou, ce développement veineux est-il plutôt dû à la compression produite par le développement de la tumeur, ce qui me semble douteux, puisqu'il apparaît souvent avec le début de l'affection.

Les ganglions axillaires ne sont que rarement pris dans le sarcome, ai je dit. Sur 156 cas de sarcome, Gross n'a relevé que 19 cas d'engorgement ganglionnaire, dont 3 seulement par envahissement néoplasique. Dans les 16 autres cas, c'était une adénopathie inflammatoire. En effet, le sarcome du sein se complique assez souvent d'ulcération de la peau ; dès lors, rien de surprenant qu'il se développe une lymphangite infectieuse d'autant plus que nous savons ce qu'il est difficile de tenir aseptique une ulcération sarcomateuse.

J'emprunte à la voix autorisée de Duplay ce qui suit : " Nous devons dire que s'il peut être envahi dans le sarcome du sein, le système lymphatique n'est pas la voie habituelle de l'infection : cette voie est le système veineux. Il n'est pas rare d'observer la pénétration des troncs veineux par les bourgeons du sarcome ; alors le courant sanguin vient en détacher des parcelles qui cheminent vers le poumon et s'y greffent. Et cela, non seulement pour le cancer du sein, mais du larynx, des os et du foie "

Gross est assez précis sur ce point d'ailleurs, et il dit quelque part que sur 25 cas de sarcome du sein constatés par lui, le poumon était pris dans 10.

Je dois dire que l'aptitude à la généralisation n'est pas la même dans toutes les formes du sarcome. Il faut placer en première ligne le sarcome mélanique, qui se distingue des autres sarcomes non seulement par sa malignité, mais aussi par une tendance marquée à l'envahissement lymphatique. Vis-à-vis les ganglions axillaires, il se comporte comme le carcinome.

L'âge : autre point qui a son importance. Le sarcome, c'est reconnu, se développe plutôt dans le jeune âge.—Le carcinome est plutôt une affection de l'âge moyen de la vie, ou de la période initiale de la vieillesse. Mais il peut aussi se manifester chez des sujets relativement jeunes et alors le pronostic est

d'ordinaire grave. C'est là du reste une sorte de loi générale, que les tumeurs malignes des jeunes sujets, particulièrement graves, se généralisent rapidement et récidivent presque aussitôt après leur ablation. Duplay tout dernièrement encore attirait notre attention sur ce point.

L'examen du mamelon peut fournir un autre signe, de moindre importance, il est vrai. C'est l'écoulement d'un liquide séreux, sero-sanguinolant, ou même constitué par du sang pur, qui tache la chemise de la malade. Ce symptôme est loin d'être constant, et sa valeur, lorsqu'il existe, est douteuse, car assez souvent on le rencontre dans les tumeurs bénignes, et même dans certaines mammites. Cependant, il devient significatif lorsqu'il se manifeste sous la forme d'un écoulement sanguin : il doit presque toujours faire craindre l'existence d'un épithélioma intra-canaliculaire.

Quant à la cause du cancer, à sa nature, le dernier mot n'est pas encore dit. Les uns tiennent pour l'irritation locale, les autres voudraient voir une cause microbienne. On a cru trouver certaine bactérie qui en serait responsable ; voire même a-t-on été jusqu'à faire en Allemagne et en France des inoculations humaines en ce sens, qui heureusement ont été sévèrement critiquées et défendues. Il est en tout cas certains faits qui frappent à l'observation. Le cancer de la lèvre chez les fumeurs ; de la langue avec voisinage de dents cariées et coupantes ; de l'orifice cardiaque, du pylore, du rectum : ne sont-ce pas là autant de points particulièrement soumis à une irritation répétée, pathologique pour les premiers, physiologique pour le canal intestinal. L'irritation locale est-elle la cause du processus pathologique, ou simplement l'allumette qui met le feu aux poudres, le germe cancéreux existant déjà par avance à cet endroit précis. Voilà qu'on ne saurait dire.

Traitement : Aussitôt le diagnostic posé, opérons. Ne devons-nous pas tirer quelque conséquence pratique de la réponse de Tillaux à cette question que je lui posais, l'opération terminée. D'après votre expérience, maître, où se fait généralement la récidive dans les cancers du sein ? — « Dans la cicatrice, mon ami, dans la cicatrice, tandis que pour le testicule, c'est dans les tissus profonds et environnants. »

Cette observation, conclusion d'une si large expérience, ne donne-t-elle pas indication pour le manuel opératoire. Ne serait-ce pas que nous sommes trop économes de peau et que nous n'osons pas sacrifier une garniture assez large au mamelon, à l'induration, ou à l'ulcère

D'ailleurs, l'anatomie et la pathologie donnent des renseignements précis à cet égard et pleins d'importance pour le traitement.

Les anatomistes nous apprennent que deux courants lymphatiques émanent de la glande mammaire : l'un vient se confondre avec le réseau lymphatique de la peau et se rend aux ganglions axillaires ou claviculaires ; l'autre courant est profond et marche d'avant en arrière pour aller aux ganglions sous-mammaires. De ces ganglions partent des vaisseaux lymphatiques qui se rendent, comme ceux du courant superficiel, aux ganglions axillaires ; mais d'autres, plus importants au point de vue opératoire, traversent d'avant en arrière les espaces intercostaux et vont aux ganglions m' diastinaux ou bien à ceux qui accompagnent l'artère mammaire interne (ganglions rétro-sternaux,)

Maintenant, si je consulte les données les plus récentes de la pathologie moderne, je trouve clairement établi, surtout par les recherches d'Heidenheim, que dès qu'il existe un noyau cancéreux au sein, si petit qu'il soit, la glande entière doit être considérée comme atteinte. Heidenheim en effet, ayant soumis un grand nombre de tumeurs cancéreuses du sein à des examens multiples, a constaté, très loin du noyau cancéreux et sur les lobules glandulaires " macroscopiquement " (et non microscopiquement) sains, des lésions incontestables. Sur ces points éloignés, l'auteur a pu suivre la prolifération des cellules des acini la prolifération des noyaux du tissu conjonctif, périacineux, et enfin l'envahissement plus ou moins complet de la tunique propre des canalicules glandulaires

par les cellules épithéliales. Ces lésions indiquent un processus épithéliomateux, i. e. une dégénérescence, carcinomateuse au début.

Il y a là une distinction importante à bien saisir : le cancer dans une première période retentit sur les ganglions lymphatiques à distance, tandis que plus tard il procède à l'envahissement du tissu par contiguité.

De là, ne résulte-t-il pas cette conséquence, que si la glande n'est pas extirpée dans sa "totalité," et j'entends par là "avec ses annexes lymphatiques," la récurrence locale est presque fatale.

L'école américaine est radicale. Elle veut le nettoyage complet du creux axillaire.

Meyer, le chirurgien du German Hospital de New-York, nous a plus d'une fois répété, à sa clinique : "Les récurrences de cancer du sein opéré se font si fréquentes que parce que l'on est trop craintif et parcimonieux lors de l'opération première. Ne manquez jamais le nettoyage de l'aisselle, et s'il y a la moindre adhérence profonde, enlevez tout ; aponévrose, pectoral, grand et petit, et rendez-vous à la côte. Dans 2 cas venus sous mon observation, la plèvre était prise et dans un troisième les ganglions du médiastin."

A la demande s'il n'en résultait pas une incapacité marquée du bras, limité en ses mouvements, par la perte d'attache des pectoraux, il répondait : "Pour quelques semaines au plus les mouvements sont limités, mais la patiente regagne vite l'usage du bras aussi facile qu'avant."

Je ne cache pas qu'un procédé aussi radical peut paraître exagéré aux yeux de plusieurs. Chose certaine, il est loin d'être nécessaire dans tous les cas.

Mais pour ce qui est de la toilette du creux axillaire, on est à peu près généralement d'accord sur ce point. D'autant plus que très souvent à l'examen externe l'aisselle paraît libre, mais vient-on à mettre le doigt après section de la peau, on est tout étonné de trouver plus d'un foyer ganglionnaire.

Dans tel cas de carcinome marqué avec envahissement des ganglions, il a été donné à plus d'un de sentir le long du bord inférieur du grand pectoral les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, sous forme de cordons indurés, qui, dans certains cas, viennent se terminer au centre de la mamelle malade, reliant ainsi les ganglions de l'aisselle à la masse carcinomateuse. Mais, si les ganglions sont presque toujours manifestement pris dans le cancer du sein, il n'en est pas de même des vaisseaux qui peuvent paraître "cliniquement" indemnes, alors que l'examen microscopique démontre leur envahissement précoce. La réponse de Tillaux, que la récurrence se fait généralement dans la cicatrice, le prouve.

Je laisse à Duplay la conclusion de ces dernières remarques, conclusion que le maître nous donnait dernièrement à la clinique de l'Hôtel-Dieu :

"De telles considérations entraînent cette conclusion, qu'au point de vue thérapeutique il faut se comporter vis-à-vis des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, même en apparence indemnes, comme on le ferait pour les ganglions engorgés. C'est-à-dire qu'il faut non seulement extirper la totalité de la glande mammaire avec tous ses prolongements, mais qu'il faut enlever encore tout le territoire lymphatique dont la glande est tributaire. On y parvient par le curage de l'aisselle et l'ablation du tissu cellulaire qui relie la glande au tissu cellulaire de l'aisselle. Les opérations pratiquées en s'appuyant sur ces nouvelles données semblent avoir fourni déjà des résultats remarquables au point de vue de la repullulation du néoplasme. Le nombre des récurrences est devenu plus restreint."

Le procédé opératoire le plus net, le plus méthodique et partant le plus parfait que je sache est celui de Gerster, dont il m'a été donné de suivre les leçons cliniques au Mt. Sinai Hospital à New-York et d'apprécier les profondes connaissances chirurgicales. En voici les points saillants : Il encercle le mamelon et toute la masse cancéreuse d'une large incision elliptique, qu'il continue par une queue de raquette jusqu'à l'aisselle. Il commence la dissection à la pointe-

inférieure de l'ellipse, libère les bords externes de l'incision et saisissant toute la masse continue en remontant vers l'aisselle. La masse mammaire proprement dite dissolue, il ne la sectionne pas, mais avance toujours vers le creux axillaire, libérant avec le doigt ou le manche du scalpel la masse de tissu connectif lâche et adipeux, courant de la glande vers l'aisselle et qui contient les vaisseaux lymphatiques reliant les ganglions axillaires au sein.

Dès qu'il frappe le bord inférieur du grand pectoral, il l'expose assez haut, et, recherchant ensuite le bord du grand dorsal, il établit les limites du creux axillaire. Ceci fait, il "*va à la recherche*" des vaisseaux (artère et veine axillaires). Dès qu'ils ont été trouvés et isolés, et il n'y a donc pas danger de les blesser. Il continue la dissection de la languette adipeuse, autant que faire se peut "*en masse*," son intention étant par là d'englober non seulement les ganglions mais aussi les vaisseaux lymphatiques communicants.

Il est évident que parfois le nettoyage du creux axillaire est difficile, à cause des adhérences cancéreuses avec les vaisseaux. Dès lors Gerster n'insiste pas trop, et plutôt que de perforer la veine par une déchirure, il en fait la ligature : ce que je lui ai vu faire.

Nous pensons immédiatement à l'œdème consécutif du bras. Or, en effet, il survient de l'œdème, mais passager seulement, affaire de quelques heures. La circulation collatérale s'établit très rapidement. J'ai pu le constater chez une de ses opérées. Il y eut œdème relativement peu marqué pour 12 à 15 heures, après quoi tout rentra graduellement dans l'ordre, et la patiente fit une guérison ininterrompue, (évidemment temporaire ; à l'examen externe, rien n'avait fait présumer un engorgement du système lymphatique axillaire aussi général et marqué).

En terminant, jetons un coup d'œil sur les statistiques relatives à la récurrence post-opératoire. D'après Poulsen (Arch. f. Clin. Chirurg. XLII) la moyenne tirée de 460 observations, serait de 5 ans. Mais ce n'est là qu'une moyenne : dans certains cas la récurrence et la mort venant plus tôt, chez d'autres malades retardant 10, 20 et même paraîtrait-il 40 ans. Duplay a vu comme maximum 13 ans.

E. ST-JACQUES.

Paris, Déc. 1897.

Le flot lombo-abdominal dans les épanchements péritonéaux.—M. BARD a montré il y a un an qu'en recherchant le flot ascitique d'arrière en avant, on l'obtient avec autant de facilité et de netteté que par le procédé classique. Il vient de revenir sur ce sujet à la Société des Sciences Médicales de Lyon et a fait ressortir les avantages suivants à l'actif de ce mode d'exploration.

C'est un phénomène très précoce et sensible pour un épanchement peu abondant ; en outre, il donne des indications assez précises sur l'état de certains organes abdominaux et du péritoine ; par exemple, dans les cirrhoses alcooliques, il remonte plus haut à droite qu'à gauche, par suite de l'hypertrophie de la rate ; dans l'ascite banale, il se perçoit également dans tous les diamètres, mais il n'en est plus de même quand des adhérences ou des masses indurées s'interposent comme un écran sur la trajectoire qui réunit les deux mains exploratrices ; dans ce cas, il y a des inégalités d'intensité entre les sensations fournies par les différents diamètres.

Extraction de bouchons de cérumen au moyen de l'eau oxygénée.—M. le Dr ALBERTO RICCI, de Turin, a constaté que l'eau oxygénée a la propriété de désagréger rapidement les concrétions cérumineuses. Il suffirait de verser dans le conduit auditif un peu d'eau oxygénée et de la laisser pendant quelques minutes en contact avec le bouchon de cérumen pour que celui-ci pût être facilement expulsé au moyen d'une simple injection d'eau, alors même qu'il s'agirait d'une concrétion de consistance dure.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

TRAITEMENT ET OPÉRATIONS APPLICABLES
AUX HÉMORRHOÏDES.

Par le Dr J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Après une opposition aussi violente qu'inconsidérée faite à la méthode antiseptique, les médecins paraissent être passés aujourd'hui à un autre excès. On met les antiseptiques et l'antiseptie partout et l'on imagine qu'en invoquant à tout bout de champ le mot d'antiseptie on a accompli quelques progrès sérieux.

On oublie volontiers qu'en certaines régions les microbes sont un mal nécessaire avec lequel il faut toujours compter. En voulant soumettre ces régions aux traitements par les moyens antiseptiques proprement dits, on s'expose à des déboires sérieux, à des retards et à des irrégularités fâcheuses dans le traitement et les suites opératoires, tandis qu'une application judicieuse de moyens ayant moins de prétention donne un ensemble de résultats excellents.

Les hémorrhoïdes externes et internes sont, par leur situation et par leur constitution, soumises à cette action fatale des microbes qui inondent la région, action à laquelle il est à peu près impossible de les soustraire complètement.

Pour le traitement topique des hémorrhoïdes, on a voulu substituer à toute autre l'action des substances antiseptiques. On voit continuellement des malades auxquels on a prescrit des lavages au sublimé sur des tumeurs hémorrhoïdaires.

C'est là une mauvaise pratique à tous les points de vue. D'abord l'action antiseptique que l'on cherche ne saurait exister. Avec la masse des substances albuminoïdes, des matières putrescibles qu'elle rencontre, la solution de bichlorure de mercure perd toute valeur antiseptique.

Malheureusement elle ne perd pas toute action irritante. M. Championnière a vu des eczémas, très douloureux de la région succéder à ce lavage.

L'eau phéniquée, dont l'action reste bien plus constante, qui rend de réels services dans des milieux putrides, ne doit elle-même être utilisée qu'avec une réelle discrétion. On ne devra y recourir que sur des surfaces hémorrhoïdaires très infectées avec du sphacèle superficiel, lorsque les sécrétions sont devenues d'une extrême fétidité.

Encore, dans ces cas, faut-il que la solution à employer soit *concentrée*, solution au vingtième, *mais de contact très passager*. En règle générale, on ne devra pas *laisser de topique phéniqué* en contact permanent avec les masses hémorrhoïdaires et les parties avoisinantes.

Lorsque les hémorrhoïdes sont enflammées, il y a lieu, sans nul doute, de proscrire les cataplasmes de farine de lin, qui constituent des milieux d'une extrême putridité. Mais il y a des topiques émoullissants dont il ne faut pas oublier l'emploi.

Les cataplasmes de fécule sont au premier rang de ces topiques. Sur des hémorrhoïdes enflammées, avec les douleurs si cruelles qui les caractérisent, M. Championnière ne connaît aucun topique qui soit préférable. La douleur cède presque immédiatement. Le sentiment de tension qui obsède les pauvres malades disparaît en peu d'heures. M. Championnière a vu nombre de fois le sommeil revenir tôt après l'application du cataplasme de fécule. On est même singulièrement surpris par la prompte diminution du volume des tumeurs.

Dans tous les cas où les hémorroïdes sont manifestement enflammées, l'application du cataplasme de fécule devra précéder toute autre application topique.

Il est parfaitement inutile d'arroser le cataplasme de substances antiseptiques qui là ne seraient que théoriques. Il doit être mis à même sur les surfaces irritées. On le placera tiède de préférence.

On le renouvellera deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, ou plus souvent, si les sécrétions étaient abondantes et fétides.

Ce cataplasme restera le meilleur topique tant que l'inflammation des hémorroïdes sera marquée.

Dans cette période le malade est quelquefois très soulagé par un grand bain. Il faut cependant s'en défier, parce que ce soulagement passager est souvent suivi d'une recrudescence de la poussée douloureuse. Cela est encore plus vrai des bains de siège que l'on prescrit très communément et qui sont habituellement plus nuisibles qu'utiles.

Lorsque l'inflammation est tombée, les topiques à appliquer seront de préférence des topiques doux et propres plutôt que des topiques d'une valeur antiseptique sérieuse.

Il faut proscrire absolument l'iodoforme et le salol, qui ne sont capables que d'exciter à nouveau l'inflammation des hémorroïdes et de perpétuer l'irritation de la peau de la périphérie de l'anus. L'emploi banal aujourd'hui de ces topiques rend là, comme en maintes circonstances, les plus mauvais services. On suppose que leur qualité d'antiseptique les rend inoffensifs en règle générale. C'est le contraire qu'il faut admettre. Du moment, dit M. Championnière, qu'une substance présente une qualité antiseptique sérieuse, elle n'est *jamais indifférente* et son application *irraisonnée* peut avoir de nombreux inconvénients.

L'acide borique est ici tout indiqué, non pas à cause de ses qualités antiseptiques, qui ne peuvent guère se manifester dans un milieu aussi putréfiable, mais à cause de ses qualités de topique anodin.

On enduira largement les hémorroïdes et les parties périphériques de l'anus avec la pommade suivante :

Vaseline pure.....	100 grammes. (3 onces)
Acide borique finement pulvérisé.....	20 grammes. (5 drachmes)

Faire une pommade sans addition d'alcool, ni de glycérine.

L'application de cette pommade sera faite très largement, matin et soir, après un lavage à l'eau tiède simple ou rendue très légèrement alcaline. On fera de même après chaque selle.

Si on veut donner à la pommade une qualité antiseptique un peu plus élevée et en même temps une odeur qui soit plutôt agréable, on formulera la pommade de la façon suivante :

Vaseline pure.....	100 grammes. (3 onces)
Acide borique finement pulvérisé.....	20 grammes. (5 drachmes)
Baume du Pérou.....	1 gramme. (14 gouttes)

Cette pommade est habituellement très bien supportée et rendra les plus grands services pour des applications faites pendant une très longue période.

Il faut toutefois faire une remarque, à propos de la vaseline : soit que la vaseline ne soit pas toujours assez pure, soit que la susceptibilité de la peau aux environs des orifices naturels soit quelquefois excessive pour les fausses graisses, on rencontre des cas où des gens d'une grande sensibilité ne supportent pas la vaseline. Dans ces cas, on accuse volontiers les autres constituants du topique.

Il est facile de reconnaître que c'est la vaseline qui est la coupable en modifiant ainsi la prescription :

Axonge benzoinée.....	100 grammes. (3 onces)
Acide borique	20 grammes. (5 drachmes)
Baume du Pérou.....	1 gramme. (14 gouttes)

Certains sujets supportent mieux le topique de cette formule. En règle générale, le précédent se présente mieux et reste mieux inaltérable.

Lorsque la période inflammatoire est passée, on renoncera à ces topiques doux pour faire appel aux topiques astringents, qui sont depuis longtemps le fond de la médication régulière et de la médication empirique des hémorroïdes.

On est bien obligé de les varier un peu suivant les cas et suivant les incidents qui se sont produits et ont fatigué les malades plus ou moins. La nécessité de changer se montre très souvent.

Parmi les topiques classiques les plus utilisés, on aurait tort d'oublier l'onguent populeum qui mérite certainement sa réputation. Ce qui a pu nuire à cette réputation, c'est le fait qu'il a été utilisé dans les circonstances où il était parfaitement contre-indiqué, soit toutes les fois qu'il existe un certain degré d'inflammation des hémorroïdes elles-mêmes ou de la périphérie de l'anus. Dans ces cas, en effet, l'onguent populeum devient irritant et fait plus de mal que de bien.

L'onguent populeum doit être employé en applications très répétées, être appliqué avec discrétion, mais surtout, sur des hémorroïdes fluentes, gênantes, mais peu douloureuses. Dans ces cas, s'il ne les atrophie pas complètement, au moins les rend-il moins irritables, les affaïsse-t-il un peu et souvent les rend très supportables.

Un autre topique très vulgaire rend de véritables services, c'est la décoction un peu concentrée de feuilles de noyer. C'est un topique dont on ne saurait trop encourager l'usage à bien des points de vue. Il a certainement une valeur antiseptique qui n'est pas négligeable. En outre, c'est un excellent astringent. Pour les lavages de la région anale, il sera fort utile.

M. Championnière l'a fait employer très souvent en petits lavements chez des hémorroïdaires, avec de très bons résultats. Des malades ont pris de ces petits lavements pendant des mois et définitivement s'en sont bien trouvés.

Si, des topiques, nous passons aux opérations dont les hémorroïdes sont justiciables, nous pourrions entrer en de très longs développements. Nous ne voulons insister que sur quelques faits d'un caractère très pratique.

Dilatation.

Il y a quelques années la dilatation violente du sphincter avait été fort à la mode. Elle devait même supplanter toutes les opérations et suffire à toutes les indications. Cet engouement tenait certainement à la crainte qu'inspiraient les opérations sur les hémorroïdes. Aujourd'hui la dilatation est presque abandonnée, et c'est justice.

Toutefois il y a un cas particulier dans lequel elle peut rendre de véritables services : c'est le cas où de petites hémorroïdes sont accompagnées d'une contracture du sphincter si prononcée que le patient accuse des douleurs qui rappellent celle de la fissure à l'anus. Elles font même plus que les rappeler. Dans ces cas il y a quelquefois de petites fissures à peine visibles qui sont la source des accidents. Après la dilatation faite, comme pour la fissure, les sujets se trouvent quelquefois absolument soulagés et oublient qu'ils portent encore des hémorroïdes même de volume respectable.

Lorsque les paquets hémorroïdaires sont très volumineux, il arrive souvent qu'après la dilatation ils sont constamment prolapsés, et l'ablation qui avait été refusée jusque-là, s'impose quelquefois. Dans certains cas la dilatation

fut le seul moyen de faire accepter une opération radicale tout à fait nécessaire. M. Championnière fait toujours la dilatation avec les doigts ; le spéculum est brutal et inutile.

La dilatation peut constituer un excellent premier temps pour l'ablation.

Opérations pour l'ablation des hémorroïdes

La méthode antiseptique a-t-elle tenu les promesses que l'on avait faites en son nom aux hémorroïdaires. En d'autres termes, peut-on espérer dans cette région, comme dans d'autres, des réunions rapides qui abrègent considérablement le temps de la réparation après les opérations ? Ces résultats ne sont pas impossibles, mais ils ne sont pas assez réguliers pour que la chirurgie établisse ces opérations aseptiques comme une règle. Leurs échecs sont même si fréquents qu'il est plus sage, en nombre de circonstances, de la rejeter d'emblée pour procéder à des opérations moins nettes, mais très sûres dans leurs suites.

L'opération fondamentale, celle qui peut toujours être faite, celle que M. Championnière a toujours pratiquée sans un seul échec, c'est l'ablation des parties malades avec le thermo-cautère.

À l'époque où la cautérisation ignée paraissait le seul moyen d'enlever les veines hémorroïdaires sans trop de risques d'infection purulente, on avait reproché à cette méthode d'amener un rétrécissement secondaire de l'intestin et, par conséquent, de préparer pour l'avenir une incommodité pire que le mal primitif.

Le rétrécissement secondaire, du reste, n'était pas propre à la cautérisation ; on l'observait après l'emploi du serre-nœud et de l'écraseur.

Cela tenait à ce que les opérateurs employaient de détestables procédés. Pour aller vite et pour faire des opérations très radicales, on enlevait toute la périphérie de l'intestin d'un seul coup ou en la divisant en groupes.

Quand il s'agissait du fer rouge, à cause du rayonnement du cautère, on brûlait plus qu'on ne voulait. Il arrivait, en particulier, que le cautère détruisait largement le tissu cellulaire périphérique à l'intestin. La fusion de la graisse propageait la brûlure dans une région qui n'aurait pas dû être atteinte.

Aucun de ces inconvénients ne saurait être observé quand l'emploi du thermo-cautère est fait d'une façon judicieuse. Le grand principe qu'il faut appliquer constamment est le suivant : La section à faire ne doit jamais porter sur toute la périphérie de l'anus. Elle doit toujours empiéter sur la muqueuse plutôt que sur la région du sphincter.

La préparation du malade est fort simple. Il est impossible de songer à éloigner de la région les microbes de tous ordres qui y foisonnent. Il s'agit donc simplement d'abord de vider l'intestin. Le malade sera purgé la veille de l'opération. M. Championnière a même plusieurs fois purgé deux jours de suite des sujets qui, grâce à leurs hémorroïdes, vidaient très mal leur intestin.

Au moment de l'opération la région est nettoyée à l'eau tiède, puis mouillée d'un peu d'eau phéniquée forte au 20e, puis elle est bien asséchée avec un tampon de ouate propre.

Si les hémorroïdes font bien saillie au dehors, le mieux est de les saisir avec une pince à griffes et de circonscrire avec un fil les paquets que l'on peut former.

On aura de la sorte une petite masse solide autour de laquelle le couteau du thermo-cautère pourra évoluer sans difficulté.

Si les hémorroïdes restent au-dessus du sphincter, il y a un petit procédé que M. Championnière emploie pour les faire apparaître et qu'il applique du reste même aux cas dans lesquels les hémorroïdes sont bien saillantes, parce qu'il limite bien le champ opératoire et met bien à l'abri des surprises que pourraient causer les parties qui remonteraient vers l'intérieur du rectum après leur section.

Il fait monter une éponge sur une pince et l'introduit dans l'intérieur du rectum. Puis il l'attire en bas. Elle refoule en bas la muqueuse de l'intestin. Elle empêche l'écoulement des liquides du rectum. Elle fournit un plan solide pour l'opération. Enfin, dans le cas d'écoulement de sang, elle oblige l'hémorrhagie à se produire au dehors, ce qui est fort rassurant et simplifie la recherche du point qui saigne.

Elle abaisse les parties, comme le parapluie de Chassaignac, mais sans aucun des incon vénients de ce détestable instrument.

Lorsque l'hémorrhôïde a été saisi avec la pince et fixée avec un fil, il prend la pince et le fil de la main gauche pour attaquer la base de l'hémorrhôïde avec un couteau de thermo-cautére modérément chauffé. Il faut bien montrer à l'aide que ce chauffage doit être continu, mais point brutal. En fait, la chose peut être obtenue assez facilement.

Si on veut opérer tout à fait sans avoir de sang, il faut opérer très lentement. C'est la meilleure manière de procéder. On aura alors une plaie sèche, modérément étendue, très facile à panser.

Si on a été trop vite, ou si on a la mauvaise fortune de rencontrer un sujet qui saigne trop facilement, on cherche d'abord à cautériser le point qui saigne. On tire alors légèrement sur l'éponge qui vous rend grand service.

Si, du reste, on ne trouve pas très facilement le moyen d'oblitérer le point saignant avec le thermo-cautére, il ne faut pas s'acharner à cette cautérisation et s'exposer ainsi à aller plus loin qu'il ne faudrait en profondeur ou en surface, à augmenter les dimensions de la brûlure et, par conséquent, le temps de la réparation.

On placera une ou deux pinces hémostatiques qui pourront rester dans le pansement, pendant vingt-quatre heures au plus. La pince a le double avantage d'arrêter le sang et d'empêcher le point saignant de remonter trop loin.

Si M. Championnière ne met pas, en règle habituelle, une série de pinces sur la région, c'est que l'application de pinces volumineuses et multiples est un supplice assez pénible et qu'il juge tout à fait inutile de l'infliger au sujet. Il n'a d'autre but que d'épargner le temps du chirurgien.

En outre, la réparation est moins facile pour la plaie très mâchée que laissent les pinces que pour une plaie bien nettement faite avec le thermo-cautére.

On opère successivement chacun des petits paquets délimités à l'avance par les pinces et le fil.

Il faut toujours qu'entre les petits paquets que l'on a formés, il reste un espace suffisant. Si, dans ces espaces, un bourrelet hémorrhôïdaire faisait trop de saillie, on pourrait avec avantage le traverser avec l'extrémité du couteau thermique, le ponctionner, ce qui suffit à oblitérer un groupe peu volumineux de veines.

Dans ce temps de l'opération, s'il existe des hémorrhôïdes externes, en crête de coq, il ne faut pas manquer de les raser avec le thermo.

Lorsque l'opération est terminée, on retire l'éponge et on met dans le rectum une bonne valve de Sims ou toute autre du même genre. Cette inspection avec la valve permet, si quelque gros bouquet hémorrhôïdaire a échappé, de compléter l'opération par son ablation. Elle permet surtout, si quelque vaisseau a filé en haut et a quelque tendance à saigner, d'arrêter l'hémorrhagie et de prévenir de ce côté toute complication ennuyeuse.

M. Championnière fait toujours le même pansement de la façon la plus simple. Sans retirer la valve, il introduit dans le rectum, un peu au-dessus de l'anus, quelques fragments de gaze iodoformée. On doit en mettre assez pour garnir la périphérie de l'anus; il ne faut pas en bourrer l'anus jusqu'à comprimer ses parois. Dans ce cas de tamponnement, on détermine des épreintes toujours très pénibles.

Sur le périnée s'applique un ou deux des sachets absorbants qui font partie

de tous ses pansements, un peu de ouate de tourbe et un triangle pour retenir le tout.

Il est inutile de tourmenter les sujets en les constipant. Comme ils ont été purgés la veille et l'avant-veille, ils ont rarement de la tendance à aller immédiatement à la selle et on a d'ordinaire vingt-quatre heures de calme, qui suffisent très bien à faire tomber la douleur.

Ces vingt-quatre heures passées, il n'y a aucun inconvénient à donner un léger laxatif qui empêchera le sujet d'avoir des matières dures, et les selles se font bien. Il n'y a du reste guère d'inconvénient à attendre pour cette selle au troisième jour si le patient n'a pas d'épreintes. Mais, s'il en a, il vaut mieux ramollir les selles par un léger purgatif que de les faire attendre et de les durcir par l'opium.

Quand le malade aura été à la selle, on le lavera avec un liquide un peu astringent, de préférence avec un peu d'eau phéniquée faible (au 40e).

La décoction de feuilles de noyer ou la décoction d'écorce de chêne serait encore préférable.

Peu importe le liquide, du reste, à la condition qu'on évite le bichlorure de mercure, qui l'est à la fois inutile et irritant, et la solution d'acide borique qui, dans une semblable région, n'a aucune propriété différente de l'eau pure.

Après la selle, on pourra glisser dans l'anus quelque fragments de gaze iodoformée peu volumineux pour remplacer ceux que les matières ont entraînés. Ce pansement pourra être fait de même pendant les trois ou quatre premiers jours de la première semaine. Mais il est bien inutile de le continuer longuement. L'iodoforme est toujours un peu irritant pour une réparation superficielle. Il vaut mieux, après le lavage astringent, employer un topique plus doux. On peut, dans ce but, employer un des topiques que j'ai indiqués plus haut.

Dans le service de l'hôpital Beaujon, nous employons une pommade très anodine, mais de propriétés antiseptiques un peu plus énergiques, contenant les quatre essences de géranium, d'origan, de thym, de verveine et de la microcidine.

On peut encore employer, dans le même but, la pommade au baume du Pérou.

M. Championnière a essayé également avec succès de l'huile gaiacolée au vingtième, à laquelle il ne reproche guère que son odeur pénétrante que les malades ne détestent pas toujours.

Si, par hasard, le sujet venait à avoir une poussée inflammatoire douloureuse, il ne faut pas hésiter à le traiter comme les gens atteints d'hémorroïdes enflammées. Mais le fait ne se présente pas si le sujet est docile avec une réparation bien régulière.

Au bout de huit jours, le malade se lève d'ordinaire, même après l'ablation de paquets de quelque importance.

Au bout de quinze jours il marche assez facilement.

Il faut à peu près six semaines pour que ses plaies soient réparées.

Quand la guérison demande plus de temps, c'est qu'il s'agissait de tumeurs volumineuses et de sujets dont les hémorroïdes avaient été le siège d'accidents inflammatoires graves.

Si, au bout de quelque temps, on examine l'anus et le rectum, on trouve que les bouquets d'hémorroïdes sont remplacés par des cicatrices blanchâtres autour desquelles rampent, plus ou moins marquées, les veines restantes. Le fonctionnement de l'anus est satisfaisant. Toute incontinence a cessé. On ne trouve de rétrécissement d'aucune façon.

Ce dernier point est d'importance capitale. Ce bon résultat tient, d'une part, à ce qu'on a pris soin d'éviter d'englober une région circulaire trop complète. Il tient aussi à ce que le thermo-cautère étant sans rayonnement sensible, la brûlure ne dépasse jamais le point que l'on a voulu toucher.

Dans la suite, il faut bien savoir qu'il y a lieu de ne pas laisser les sujets sans soins consécutifs.

Il faut d'abord leur conseiller des soins de propreté très minutieux, sans quoi l'anus et la périphérie sont souvent le siège d'irritations inflammatoires qui font perdre une partie du bénéfice de la disparition des hémorroïdes.

L'usage habituel des astringents, le lavage de la région et les petits lavements avec la décoction de feuille de noyer rendront de réels services.

Les purgatifs répétés ne devront pas être négligés en *proscrivant* bien nécessairement tous les *drastiques*.

L'exercice et surtout l'exercice après le repas devra être régulièrement pratiqué.

Il ne faut pas oublier que ces sujets restent variqueux et comme tels soumis à divers inconvénients ; on leur aura enlevé seulement les parties exubérantes et celles qui causaient des accidents.

On pourrait craindre que les écoulements séreux étant supprimés, il survienne une répercussion ; habituellement il n'en est rien.

La suppression des hémorragies habituelles pourrait avoir plus d'inconvénients. Il est facile d'y parer et, en cas de constatation d'état congestif, il ne faut pas craindre de faire perdre du sang. Mais il est parfaitement inutile de le faire perdre à la région de l'anus ; M. Championnière a même vu quelques inconvénients de la pratique de l'application de sangsues à l'anus qui a été souvent recommandée. Les sangsues aux cuisses ou partout ailleurs rendront les mêmes services.

Telles sont, résumées d'une façon pratique, les indications principales de la thérapeutique des hémorroïdes. Elles peuvent être à la portée de tous les médecins. Cette opération ne présente pas de difficultés sérieuses. Elle peut être accomplie par tout le monde. Bien entendu, les opérations seront d'autant plus parfaites que l'opérateur les aura souvent répétées. Mais, en dehors de cette perfection, elles peuvent être pratiquées très suffisamment.

Il n'en est pas de même de quelques opérations qui sont faites avec des prétentions antiseptiques vraiment fort difficiles à réaliser lorsque les tumeurs ont quelque volume et quelque importance ; la dissection, les ligatures et des sutures peuvent être pratiquées. Avec des tumeurs petites et surtout avec des hémorroïdes externes, on peut obtenir un résultat à peu près satisfaisant. Avec les grosses tumeurs et dans les mauvaises conditions qui sont les plus communes pour les opérations d'hémorroïdes, les réunions complètes manquent trop souvent, en donnant une prolongation de traitement pour qu'il y ait grand intérêt à les pratiquer quand on a, à sa disposition, un procédé tel que celui qui vient d'être décrit, absolument simple, absolument sûr, permettant une action très radicale et consolidant en quelque sorte l'extrémité inférieure de l'intestin qui chez la plupart des hémorroïdaires manque de la consistance nécessaire.

Pour ces raisons multiples, nous avons pensé que l'opération que nous avons décrite dans cette revue, de caractère tout pratique sur le traitement des hémorroïdes, était beaucoup plus intéressante pour tous.

(*Journal des Praticiens*, décembre 1897.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des opérations pratiquées par la voie sacrée par SIEUR (de Lyon) Institut international de bibliographie scientifique. 93 Boul. St-Germain, Paris.

Trois cas de chirurgie du larynx par J. PANTALONIL (de Marseille) Institut internationale de bibliographie scientifique. 93 Boul. St-Germain, Paris.

Chirurgie de l'uretère par Paul Delagenière (de Tours) Ins. Int. de Bibl. Scient

Statistique des opérations pratiquées au Mans du 1er Janv. au 31 Déc, 1896 par H. Delagenière. Ins. Int. de Bibl. Scient.

REVUE D'HYGIÈNE

LES STATISTIQUES DE 1896.

Nous avons devant les yeux le rapport du Dr Roy, compilateur de la statistique au Conseil Provincial d'Hygiène. Ce rapport, qui nous donne en résumé l'enseignement des faits, met bien en lumière les influences diverses qui modifient la population du pays, et nous nous faisons un plaisir d'en reproduire certains passages.

LA NATALITÉ.

Le taux des naissances, dans la province de Québec, est de 38.57 par 1000. Ceci est le taux général. Mais si l'on met à part les 35 comtés dont la population est presque exclusivement canadienne-française, on trouve que la proportion des naissances est encore plus élevée : 43.43 par 1000. Bien peu de peuples, dit le Dr Roy, peuvent lutter avec nous sous le rapport de la natalité. Et il le prouve par des chiffres. Il n'y a donc pas lieu de désespérer de l'avenir de notre race.

LA MORTALITÉ.

Le gain de la natalité s'est trouvé augmenté d'autant plus que la mortalité, en 1896, a été moins forte que les années précédentes : 18.58 par 1000, en 1896, contre 20.46 en 1895.

Laissons parler le Dr Roy.

“ Nous avons vu, dit-il, au commencement de ce travail, que la mortalité avait été moins forte pendant l'année 1896 que pendant les deux autres années précédentes. En effet, il y a eu, pendant l'année 1896, une diminution des décès dans plusieurs maladies, et la mortalité chez les enfants a été moindre.

“ Le tableau suivant nous permettra de comparer le nombre des décès, dans certaines maladies, pendant les trois années 1894, 1895, 1896 :

ANNÉES	F. typhoïde	Rougeole	Scarlatine	Diphthérie	Tuberculose	Diarrhée
1894	380	336	1786	1637	2663	3880
1895	410	159	687	2243	2791	4068
1896	313	227	197	2059	2826	3464

“ Soit une diminution, pendant l'année 1896, de 1596 décès sur l'année 1894, et de 1272 décès sur l'année 1895 pour ces seules causes de mortalité.

“ La diminution a surtout été sensible pour la scarlatine. Pour ce qui concerne la diphthérie, la tuberculose et la diarrhée, il est bien triste d'avoir à enregistrer de telles quantités, surtout lorsque l'on a à sa disposition un remède spécifique comme l'antitoxine pour la diphthérie. De même, il est hors de doute que l'on ne prend pas toutes les précautions nécessaires contre la contagion de la tuberculose pulmonaire ; sans quoi la proportion des décès de cette nature serait moins forte.

“ Quant à l'influence de l'âge sur la mortalité, il nous faut bien avouer que le nombre des enfants qui disparaissent annuellement dans les premiers mois de leur existence est toujours légion. Il est prouvé que la mortalité des enfants en bas âge est à son maximum au jour de leur naissance, puis, elle décroît avec rapidité, de jour en jour, de semaine en semaine, de mois en mois,

d'années en années, jusqu'à l'âge de 5 ans ; en sorte que la mortalité de la première année est trois fois plus forte que celle de la seconde ; la mortalité du premier mois, trois fois plus forte que celle du second ; la mortalité de la première semaine est deux fois plus forte que celle de la deuxième ; la mortalité du premier jour, quatre fois plus forte que celle du deuxième. Le nombre des décès survenus pendant les premières heures et les premiers jours de la vie est donc toujours considérable. " Quel que soit le pays que l'on considère, on ne manquera pas de remarquer dans quelle étonnante proportion la mortalité de la première année de la vie l'emporte sur celle des années suivantes." (Bertillon, *Éléments de démographie.*)

" Le tableau suivant donne quelques détails sur le nombre des décès chez les enfants de 0 à 1 an et de 1 à 5 ans, ainsi que sur les chiffres se rapportant à la mortalité. En outre, il fait connaître le chiffre de la mortalité chez les vieillards, et permet d'établir une comparaison avec l'année précédente sur ces différents points. A titre de renseignement, j'y ai ajouté le nombre de certificats de décès ne contenant pas la cause de la mort, reçus pendant l'année.

ANNÉES.	Décès chez enfants de 0 à 1 an.	Décès chez enfants de 1 à 5 ans.	Décès chez personnes âgées de 70 ans et plus.	Mort-nés à terme.	Décès dus à naissances prématurées.	Décès chez enfants ayant vécu moins de 24 heures	Décès par causes inconnues.
1895	10,017	5,220	1,192	1,165	757	314	1,972
1896	9,652	4,640	3,557	1,182	785	373	2,534

" La mortalité infantile, plus sensible pendant les premiers mois de la vie et plus encore pendant les premiers jours, diminuerait à partir de la 3e année ; cette décroissance serait d'autant plus rapide que l'on considérerait une période plus éloignée des premières années de la vie

" S'il est une contrée où les observations citées plus haut trouvent leur application, c'est bien dans la province de Québec. Il semble que l'on se console trop facilement de la perte d'un enfant, dans la pensée, toute de dévouement, de peupler le ciel de petits anges..... Ce n'est certainement pas le but que la Providence se propose en nous accordant de nombreuses familles, et ils sont bien éloignés de rencontrer les desseins de Dieu ceux qui trouvent leur consolation dans cette pensée.

" La mortalité diminue rapidement après la première année de vie, toutefois elle est encore forte de 1 à 5 ans. C'est de 10 à 15 qu'elle est à son minimum dans tous les pays ; puis elle augmente lentement, et est deux fois plus forte à 30 ans qu'à 15 ans, et deux fois plus forte à 50 ans qu'à 30 ans. A partir de 60, elle augmente rapidement jusqu'aux extrêmes limites de la vie, sans cependant jamais devenir égale à 1000, puisque, si vieux que soit un homme, on ne peut jamais affirmer qu'il mourra dans l'année."

Le Dr Roy démontre ensuite, chiffres à l'appui, que la mortalité est toujours plus forte chez les célibataires que chez les gens mariés.

" Cette loi, dit-il, ne souffre d'exception que pour les hommes mariés avant 20 ans dont la mortalité est toujours très élevée. Elle est moins strictement vraie pour les femmes, et surtout pour les jeunes femmes que pour les hommes. A chaque âge (excepté avant 20 ans) les chiffres des célibataires l'emportent sur ceux des mariés ; ils sont presque doubles, et il en est ainsi jusqu'aux extrémités de la vie. Quant aux veufs, leur mortalité l'emporte non seulement sur celle des mariés, mais même de beaucoup sur celle des célibataires. On peut exprimer la même idée en remarquant qu'un célibataire de 30 à 35 ans a autant de chance de mourir dans l'année qu'un homme marié de 45 à 50 ans, et qu'un veuf de 30.

à 35 ans a la même mortalité qu'un homme marié de 55 à 60 ans. En ce qui concerne les femmes, les différences sont un peu moins tranchées. Les règles que je viens de résumer se vérifient dans tous les pays. La plus grande longévité des mariés serait due, en très grande partie, à la vie régulière de la majorité de cette classe de personnes.

“ Quelqu'explication que l'on donne à ces faits, ils ont par eux-mêmes un très grand intérêt.

“ Veut-on savoir, maintenant, quel est le taux de la mortalité chez les “ enfants trouvés ou illégitimes ” dans certaines crèches et hospices de maternité à Montréal? Des recherches faites à ce sujet, l'an dernier, m'ont prouvé que plus des 4/5 de cette catégorie d'enfants meurent durant les premiers mois de leur existence (chiffre exact : 84 pour cent. Voilà un fait qui mérite d'attirer l'attention des philanthropes et des législateurs. Dans aucun autre pays civilisé, la mortalité des illégitimes ne dépasse le double de celle des enfants légitimes, et encore, lorsqu'elle atteint cette proportion, on la considère alors comme très élevée. La fatalité qui pèse partout sur les illégitimes ne revêt nulle part un caractère aussi funeste que celui qu'il possède à Montréal.”

CONCLUSIONS.

Le Dr Roy termine son rapport par les conclusions suivantes :

“ Après avoir étudié en détail le mouvement de la population dans la province de Québec, pendant ces dernières années, il convient maintenant de tirer de ces données des conclusions précises et des renseignements qui pourront nous être utiles pour l'avenir. De l'ensemble de notre travail, il paraît résulter que la population de la Province s'est accrue d'une manière normale grâce à l'excédent des naissances sur les décès. Le coefficient de la nuptialité s'est légèrement abaissé pendant l'année 1896, sans aucune cause appréciable. De même pour celui des naissances pendant la même période, mais comme le chiffre de la mortalité a été plus faible, il s'ensuit que les profits ont été plus grands. Malgré la diminution du coefficient de la mortalité générale, la mortalité infantile, la mortalité par la diphtérie et la tuberculose continue à être très élevée. Cette forte mortalité infantile serait due à la faiblesse congénitale, à l'hérédité tuberculeuse, et surtout à la mauvaise alimentation que nombre de familles donnent à leurs enfants. Il faut aussi incriminer, pour une bonne part, l'influence des fièvres éruptives compliquées, mais moins que pour les années précédentes.

“ Les moyens de diminuer la mortalité à toutes les périodes de l'existence sont de combattre la débilité générale croissante et d'instruire soigneusement les diverses classes de la société des points capitaux de l'hygiène.

“ Pour réduire la mortalité infantile, on encouragera l'allaitement maternel dans toutes les classes de la société, et on régularisera la pratique de l'allaitement artificiel en faisant admettre l'emploi du lait stérilisé et des biberons sans tubes.

“ Quant à la mortalité due aux maladies contagieuses, on pourrait la réduire : en pratiquant la désinfection sérieuse et obligatoire de tout local où à séjourné un individu atteint de maladie contagieuse ; par l'isolement aussi complet que possible de tout malade contagieux. De même la désinfection périodique des locaux scolaires sera très à propos, et cela, indépendamment de celle qui sera faite quand il se sera produit un cas de maladie infectieuse. La désinfection périodique des ateliers dans la mesure compatible avec les conditions techniques de l'industrie, l'emploi régulier des crachoirs à liquide antiseptique pour les tuberculeux à domicile, et pour tous les ouvriers indistinctement dans les ateliers, devraient être prescrits. La vaccination et la revaccination seront aussi obligatoires. Dans quelques villes de l'Europe, la responsabilité civile du propriétaire, qui louerait, sans l'avoir fait désinfecter, un logis ou une chambre qu'aurait occupé un contagieux, commence à être admise dans la jurisprudence ;

mais à titre de cas isolé. Enfin, on fera bien de vulgariser les notions de l'hygiène par tous les moyens possibles."

Les faits intéressants mis en relief par le compilateur de la statistique du Conseil d'Hygiène de la Province sont bien de nature à faire voir l'importance de cette espèce de registre de l'actif et du passif de la population que le Conseil s'efforce de tenir aussi exact que possible. C'est un moyen de se rendre compte de la vitalité d'un pays, de l'excédent des gains sur les pertes, et s'il y a, sur un point quelconque du territoire, une cause de déperdition, la constatation du fait permet d'y porter rapidement remède. C'est ainsi que nos hygiénistes peuvent veiller de près à l'équilibre sanitaire de la province, et la faire avancer d'un pas sûr vers la prospérité vitale en diminuant les causes de maladie.

LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Nous avons déjà eu l'occasion de faire connaître à nos lecteurs, en publiant, au mois d'octobre 1897, le discours prononcé par le Dr Hermann M. Biggs à la 67e réunion de l'Association Médicale Britannique (1), les mesures éclairées et pratiques adoptées par le bureau d'Hygiène de New-York pour établir, dans la métropole des États-Unis, la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. L'intéressant rapport (2) que vient de publier sur ce sujet le bureau d'Hygiène de New-York, nous explique sur quelles bases il s'est appuyé pour établir ces mesures, et quels raisonnements il a suivis pour en arriver là. Nous nous exprimons d'en donner une courte analyse.

En 1889, le Board of Health de New-York ayant demandé aux médecins pathologistes attachés au laboratoire municipal leur avis sur les causes et la prévention de la phthisie, ceux-ci présentèrent un rapport dont les conclusions étaient :

1° Que la tuberculose pulmonaire est une maladie distinctement préventive ;

2° Que cette maladie n'est pas transmise par hérédité directe ;

3° Que cette maladie s'acquiert par la transmission directe du bacille tuberculeux du malade à la personne non malade, habituellement au moyen des crachats desséchés et pulvérisés qui flottent dans la poussière de l'air.

Comme mesures préventives, les Drs Mitchell Prudden, Henry P. Loomis et Hermann M. Biggs suggéraient :

1° L'inspection sévère des bêtes à cornes, afin de protéger le public contre la viande et le lait tuberculeux ;

2° L'éducation du public, afin d'apprendre aux gens qu'une personne tuberculeuse est une source de dangers pour ses compagnons si l'expectoration n'est pas détruite immédiatement ou rendue inoffensive.

3° La désinfection soigneuse des chambres ou des salles d'hôpitaux qui sont habitées ou ont été habitées par des patients phthisiques ;

Le Board of Health consulta alors un grand nombre de médecins de New-York, et après s'être convaincu que ni la profession médicale ni le public n'étaient préparés à l'adoption de mesures définitives dans ce sens, il résolut de perfectionner simplement l'inspection de la viande et du lait, et de faire connaître en outre au public, au moyen de circulaires, la nature réelle de la tuberculose.

Cinq ans plus tard, le Dr Biggs, chef du laboratoire, ayant présenté un nouveau rapport dont les conclusions furent adoptées, le Board of Health prit les mesures suivantes, qu'il fit connaître par circulaires à tous les médecins de la ville de New-York :

(1) "L'Hygiène publique à New-York," 1897, page 606.

(2) "The action of the Health Department in relation to pulmonary tuberculosis," New-York, 1897.

1° Déclaration volontaire, par le médecin ou la famille, des cas de tuberculose ;

2° Inspection de la maison et du malade, et instructions laissées à la famille par l'inspecteur, dans chaque cas de tuberculose dont le bureau a connaissance, par déclaration ou autrement, à moins que le médecin ayant fait une déclaration s'oppose à telle inspection ;

3° Dans chaque cas où un tuberculeux quitte un logement, et que le fait est connu par le bureau, l'ameublement, le linge, etc., sont désinfectés sous la surveillance d'un inspecteur, et si la chose est jugée nécessaire, le propriétaire reçoit l'ordre de nettoyer et de renouveler l'appartement ;

4° Des bouteilles et des blancs à remplir sont placés en dépôt dans toute la ville afin de permettre aux médecins d'envoyer promptement au bureau les crachats des malades, ce qui facilite le diagnostic précoce des cas de tuberculose soupçonnés ;

5° Les autorités des institutions publiques (hôpitaux, dispensaires, asiles, prisons, etc.) sont obligées de fournir, dans les sept jours qui suivent l'entrée, le nom, le sexe, l'âge, l'occupation et la dernière adresse de toute personne consomptive admise dans l'institution.

Ces mesures furent mises en pratique pendant trois années. Les cas de tuberculose rapportés au Bureau furent, en 1894, de 4166 ; en 1895, de 5824 ; et en 1896 de 8334. Les logements de ces malades furent inspectés et désinfectés au besoin. Quand un logement était rendu vacant par la mort (1) ou le déménagement d'un consomptif, et que l'état de ce logement ne paraissait pas satisfaisant au Bureau, on mettait un placard à la porte pour avertir le public, et le propriétaire recevait l'ordre de le renouveler.

Ces mesures eurent non seulement pour effet de mettre le public en garde et de le protéger, mais elles firent en outre son éducation, et les inspecteurs du Bureau constatèrent bientôt, en visitant les familles, que l'on se rendait très souvent compte de la nature contagieuse de la maladie, et même que l'on prenait à cet égard certaines mesures prophylactiques, telles que de faire cracher les malades dans de vieux chiffons que l'on jetait ensuite au feu. Les notions hygiéniques se répandirent rapidement dans une partie de la population.

Malheureusement, l'on constata aussi que dans certains quartiers, très pauvres, très ignorants et aussi très peuplés, beaucoup de familles dont un ou plusieurs membres étaient consomptifs restaient réfractaires à toute idée de prophylaxie, et même de propreté la plus élémentaire. Comme la ville ne possédait aucun hôpital spécial pour isoler ces malheureux, et que d'un autre côté ils étaient des foyers de contagion très dangereux, le Bureau résolut, en 1897, sur l'avis de son médecin pathologiste, de prendre des mesures plus étendues, plus complètes, et de faire appuyer son intervention par la législature. La tuberculose pulmonaire fut déclarée, de par le code sanitaire, une maladie infectieuse et communicable, dangereuse pour la santé publique. La déclaration des cas de tuberculose devint obligatoire pour les médecins et les institutions publiques, et les règlements du *Board of Health* eurent force de loi. Ceci date du 17 janvier 1897. Les statistiques feront voir si, depuis l'adoption de ces mesures, la mortalité par tuberculose pulmonaire dans la ville de New-York a diminué.

Comme le fait remarquer avec raison le président du Bureau, M. Wilson, dans son rapport au maire de la ville, le Bureau ne s'inquiète pas autant des malades habitant des maisons privées, et capables de se donner une certaine somme de confort, parce que ces malades prennent d'eux-mêmes une foule de précautions et diminuent, lorsqu'elles sont bien conseillées, le danger dont elles pourraient être cause. C'est dans les quartiers pauvres et peuplés que le danger devient plus grand, et la contagion plus facile, car les gens qui les habitent

(1) Près de 6000 logements chaque année. La mortalité totale, pour les trois ans, fut de 35,000 consomptifs.

n'ont ni les moyens, ni souvent la capacité de se bien traiter, et d'éviter aux autres la contagion. Aussi, la nécessité, pour les grands centres, d'un hôpital de tuberculeux s'impose-t-elle de plus en plus. Le Bureau d'Hygiène de la ville de New-York voudrait en obtenir un, où il pourrait isoler les consommateurs pauvres, et il faut espérer qu'il l'obtiendra.

On ne saurait que féliciter le bureau d'Hygiène de New-York de l'initiative dont il fait preuve sur cette question importante de prophylaxie des maladies contagieuses. Quand on voit la consommation, pour une seule ville, enlever dix à douze mille personnes par an, quand on sait surtout que la phthisie entre pour $\frac{1}{3}$ dans la mortalité générale du globe, on n'a pas lieu de s'étonner que la prophylaxie d'une maladie aussi meurtrière attire l'attention des hygiénistes éclairés, qui n'ont en vue, dans tout ce qu'ils font, que la protection de la santé publique. Nul doute aussi qu'en faisant connaître au public la nature contagieuse du crachat tuberculeux, on facilite de beaucoup l'œuvre des hygiénistes. Et quand cette œuvre, comme à New-York, est appuyée par les autorités, elle ne peut produire que d'heureux résultats.

La charte de l'hôpital Notre-Dame.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs, que la nouvelle charte demandée par l'hôpital Notre-Dame à la législature de Québec, lui a été accordée sans aucune modification.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

Par J.-L. FAURE. (*Presse médicale*, 19 octobre 1897).

Cette méthode s'adresse, non aux petits fibromes, qu'il est préférable d'enlever par la voie vaginale, non aux gros fibromes, qui sont mieux enlevés par le procédé Doyen, mais aux utérus altérés, de dimensions normales et surtout aux annexites suppurées. Elle est basée sur la section médiane de l'utérus. Voici ses divers temps. Le ventre ouvert, les intestins protégés et la plaie écartée largement par une valve sus-pubienne, on saisit le fond de l'utérus de part et d'autre de la ligne médiane avec deux pinces solides. On fait une incision transversale du péritoine sur la face antérieure de l'utérus et au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. De cette façon la vessie est repoussée vers le bas. On sectionne alors l'utérus en suivant exactement la ligne médiane, pour éviter toute hémorragie, à l'aide de forts ciseaux droits. L'incision sépare complètement l'organe en deux moitiés en allant du fond vers le col, et le vagin se trouve ouvert en haut et en bas. On saisit les tranches utérines avec deux nouvelles pinces et, soulevant le col, on sent la résistance des insertions vaginales, que l'on sépare au ras du col, en choisissant le côté le plus favorable. On lie également l'utérine, et la moitié de l'organe ainsi libérée se laisse dérouler de bas en haut avec facilité, avec les poches annexielles, jusqu'au pédicule utéro-ovarien, que l'on coupe au-dessous d'une pince, ainsi que le ligament rond. La même opération est répétée du côté opposé. Il ne reste plus qu'à suturer le péritoine, avec ou sans drainage vaginal. On peut obvier à l'inconvénient d'ouvrir la cavité utérine par la cautérisation de sa surface avec la lame du thermo-cautère.

(*Rev. de Thé.-Méd. Chir.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, JANVIER 1898

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CHARTE DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME.

Qui est-ce qui ne connaît pas l'œuvre de l'hôpital Notre-Dame ? Depuis dix-huit ans que cette institution existe, elle n'a jamais cessé de donner satisfaction au public. Fondé par un certain nombre de médecins bien connus qui, de concert avec le Séminaire de St-Sulpice, et secondés par nos concitoyens les plus distingués, n'ont rien ménagé pour en faire un établissement de premier ordre ; aidé dès son début par le concours des Sœurs Grises, qui ont consacré leur temps et leurs peines à donner des soins éclairés et désintéressés aux malades, l'hôpital a traversé avec honneur les difficultés financières inhérentes à la fondation d'une telle œuvre, et a pu, grâce au dévouement de ses gouverneurs et de ses dames patronesses, s'établir définitivement sur un pied stable. Ainsi qu'on peut le constater en parcourant ses rapports annuels, l'hôpital a toujours trouvé moyen de faire face à ses dépenses sans cesse croissantes, et le nombre des malades traités dans ses salles augmente de jour en jour. L'hôpital sert en outre de champ d'instruction aux élèves en médecine de l'Université Laval, et l'enseignement médical qu'on y donne, dans les salles, à l'amphithéâtre, et au laboratoire, est en tout conforme aux exigences de la science moderne.

Dans l'intérêt précisément de l'enseignement médical qu'on y donne, et pour faciliter l'action des administrateurs qui lui consacrent leur temps et leur travail, l'hôpital a cru devoir cette année s'adresser à la législature et demander un remaniement de sa charte. Il s'agit d'accorder aux directeurs des pouvoirs qui leur sont dûs, de modifier le Bureau Médical de manière à y admettre tous les médecins intéressés à l'œuvre, et enfin d'obtenir certains privilèges permettant de donner aux élèves un enseignement plus complet et plus pratique encore. Le projet de loi, préparé par un comité composé de directeurs et de médecins, et présidé par le Supérieur de St-Sulpice, a été rédigé par un avocat de renom, et toutes les clauses en sont acceptées par les parties intéressées. Il était donc permis d'espérer que ce projet de loi ainsi adopté à l'unanimité, ne souffrirait au dehors aucune opposition.

Il n'en a pas été ainsi. L'hôpital Notre-Dame s'est aperçu bientôt qu'il peut se trouver, dans la profession médicale comme ailleurs, un personnage intéressé disposé à se faire de la réclame même aux dépens d'une institution de charité, et ne reculant devant aucun moyen, quelque peu honorable qu'il soit, pour satisfaire ses ambitions personnelles. Nous ne trouvons guère d'autre explication à donner de la conduite étrange de cet individu qui, prenant occasion de ce nouveau projet de loi organique, a fait à l'hôpital Notre-Dame la lutte la plus déloyale et la plus injuste qu'il soit possible d'imaginer. Nous nous faisons un devoir de rapporter les faits à nos lecteurs, car il s'agit de l'intérêt public. L'hôpital Notre-Dame vit de charité ; c'est un établissement de philanthropie et d'enseignement médical, et nous ne pouvons pas laisser calomnier sa bonne réputation sans protester au nom de la justice et de la vérité.

Cette campagne injuste contre l'hôpital a été conduite avec une habileté remarquable. On fit d'abord circuler dans le public que le but de la nouvelle législation était de mettre les religieuses à la porte ; puis l'on fit prévenir les religieuses elles-mêmes par des dames et un avocat, à qui l'on avait probablement conté la même histoire, qu'un grand danger les menaçait, que l'on voulait laïciser l'hôpital et l'on alla même jusqu'à leur conseiller d'abandonner l'institution, en leur laissant entendre qu'il serait beaucoup plus digne de sortir d'elles-mêmes plutôt que d'être congédiées.

Deux journaux de Montréal publièrent ensuite des articles à sensation. Dans l'un, on reprochait à l'hôpital de demander à la législature, dans l'intérêt de la science, le droit de faire l'autopsie dans le cas de décès chez les malades soignés gratuitement dans ses salles, quand la maladie dont ces malades étaient morts avait offert quelque symptôme obscur ou intéressant, pouvant servir à l'instruction des élèves, c'est-à-dire des futurs médecins. L'article était rédigé de manière à faire croire au public que par autopsie il faut entendre une véritable dissection, qui mutilé les cadavres et les rend méconnaissables. Dans l'autre article, encore plus calomniateur, publié dans un journal qui fut vendu le dimanche à la porte des églises, on insinuait que les autorités de l'hôpital Notre-Dame voulaient laïciser l'institution, mettre les religieuses à la porte, se défaire du contrôle de St-Sulpice, et bien entendu faire la dissection des cadavres.

Sur quoi basait-on cette calomnie au sujet des religieuses ? Sur un article du projet de loi autorisant les administrateurs de l'hôpital à confier à des religieuses le soin des malades ainsi que la gestion interne de l'hôpital. Il est bon de noter en passant que la première charte de l'hôpital ne contenait rien de tel, ce qui n'avait pas empêché les administrateurs d'en faire un article des règlements de l'hôpital et de le mettre en force par le concordat signé entre les Sœurs Grises et l'hôpital Notre-Dame, concordat qui existe depuis dix-huit ans et qui, Dieu merci, sera continué. Mais l'auteur de l'article en question qui, entre parenthèse, est un médecin, aimait mieux passer cela sous silence et laisser croire au public que charte, règlements et concordat, tout cela est une seule et même chose, et que, par conséquent, on voulait enlever aux religieuses tout ce qui, étant dans les règlements et dans le concordat, ne se trouvait pas dans

la charte nouvelle. "Mentez, mentez toujours," disait un écrivain célèbre, "il en restera quelque chose."

D'un autre côté, et voyez la duplicité dont on a fait preuve, on faisait dire aux médecins anglais que l'hôpital Notre-Dame, en demandant le pouvoir d'établir et d'administrer des succursales et annexes, voulait s'emparer du *Western Hospital*, et y mettre les religieuses. Aussi les engageait-on à se protéger et à opposer une telle législation. Ces médecins, naturellement, refusèrent de croire à une telle absurdité.

Mais ce n'est pas tout. Justement alarmés de ces calomnies odieuses, M. l'abbé Colin et le Dr Lachapelle se rendirent à Québec. On y avait suivi la même méthode auprès des députés, les députés médecins surtout, et on leur avait laissé entendre : 1° Que l'hôpital voulait chasser les religieuses ; 2° Que les médecins de l'institution voulaient charcuter tous les cadavres qui leur tomberaient sous la main ; 3° Qu'en demandant le pouvoir d'établir et d'administrer des succursales et annexes (l'hôpital veut être en mesure de pouvoir accepter les dons ou legs qui pourront lui être faits pour créer et maintenir soit un hôpital de convalescents, soit un hôpital d'incurables, soit un hôpital de tuberculeux). L'hôpital avait l'intention d'établir, dans tous les villages, des hôpitaux de districts où les *nurses* de lady Aberdeen soigneraient les malades à moitié prix et feraient ainsi compétition aux médecins. Le plus drôle, c'est que la plupart des députés croyaient la chose, parce qu'elle leur avait été affirmée par un médecin connu, occupant une charge importante dans le collège des médecins et chirurgiens.

Les directeurs de l'hôpital Notre-Dame ont voulu savoir quel était l'ennemi caché qui leur faisait une lutte d'autant plus dangereuse qu'elle était sournoise. Ils se sont renseignés auprès des religieuses, auprès des journaux en question, auprès des médecins du *Western Hospital*, auprès des députés à Québec, afin de découvrir la source de ces calomnies. Ils ont pu de cette manière recueillir les preuves irrécusables que l'instigateur de cette campagne déloyale n'était personne autre que le Dr J. M. Beausoleil.

Nous nous demandons quel motif pu pousser le Dr Beausoleil à agir ainsi. Quel intérêt peut-il avoir à faire du tort à l'hôpital Notre-Dame, qui est une institution de charité publique et d'enseignement médical ? Si cet homme là avait réellement dans l'idée le souci des intérêts religieux, le bien-être des malades, le progrès de la science médicale, l'avancement des étudiants en médecine, pourquoi lui a-t-il fallu baser sa campagne inique sur le mensonge et la calomnie ? Le premier devoir d'un honnête homme, n'est-ce pas de dire la vérité ? S'il veut, pour des motifs que nous croyons connaître, et dans lesquels le désintéressement n'a rien à voir, faire la lutte à l'Université Laval, à l'hôpital Notre-Dame, à ceux qu'il regarde comme ses adversaires, ne peut-il pas au moins la faire d'une manière honorable ! Quant à nous, nous ne pouvons que condamner cette indigne campagne d'insinuations aussi perfides que coupables, dirigées contre une institution heureusement trop bien connue par ses œuvres pour ne pas être au-dessus de pareilles attaques.

Nous irons même plus loin, et nous rappellerons au Dr Beausoleil qu'il

prend sur ses épaules, depuis quelques mois, de terribles responsabilités. On ne saurait impunément fausser la vérité, dans l'espoir de faire triompher l'injustice. Il est toujours dangereux, pour un homme occupant une position publique, de jouer avec l'honneur. Ces choses-là attirent souvent à leur auteur des lendemains remplis de surprises parfois fort désagréables. Qu'il soit bien persuadé qu'il y a encore, dans la profession, des gens de cœur et de droiture, bien résolus à défendre le droit et la justice, et que ces gens là, loin de se laisser effrayer par les provocations, y trouveront une raison de plus pour mener la lutte jusqu'au bout, quelques pénibles qu'en soient les résultats. Dieu merci, il y a encore des juges à Montréal.

E. P. BENOIT.

LA NOUVELLE LOI DES MÉDECINS.

La nouvelle loi des médecins, présentée par le Bureau des Gouverneurs, vient d'être adoptée par la Législature. Nous aurons 42 gouverneurs au lieu de 40, nous pourrons poursuivre les charlatans devant un juge de paix, un conseil de discipline nommé par le Bureau jugera dorénavant de ce qui est ou non dérogoire à l'honneur professionnel.

Pourquoi deux gouverneurs de plus à Montréal, et 42 au lieu de 40 ? Il nous est impossible de répondre à cette question ; nous ignorons complètement les motifs sur lesquels on a appuyé cette clause nouvelle. Question d'intérêt personnel, probablement.

Quant aux charlatans, nous applaudissons de tout cœur. On ne pourra jamais assez s'occuper d'eux, et nous félicitons le Bureau d'avoir fait un pas dans cette direction.

Mais la création d'un conseil de discipline est certainement le point le plus important de la nouvelle loi des médecins. En principe, cette création est excellente. Tout le monde aime à être jugé par ses pairs, et il est bon d'avoir un tribunal d'honneur. Nous sommes tout à fait en faveur d'une pareille mesure. Dans le cas qui nous occupe, cependant, le conseil de discipline offrira deux défauts évidents qui amoindriront de beaucoup son efficacité.

Ses pouvoirs sont illimités. Qui est-ce qui est dérogoire à l'honneur professionnel ? Lui seul sera juge ; rien n'est mis dans la loi. Les avocats ont un tribunal d'honneur, mais la loi est précise, et dit que telle, telle ou telle chose est dérogoire à l'honneur professionnel. Chez nous, rien. Est-il dérogoire de donner ses soins à une société de bienfaisance ? Le conseil jugera. Est-il dérogoire de s'associer un médecin non licencié, d'être actionnaire dans une compagnie de commerce, etc, etc. ? Le conseil jugera... Et quand il le croira à propos, il imposera une amende, et des frais. Il peut même enlever le droit de voter aux élections, ce qui, dans certaines occasions, peut devenir fort commode.

Ce qui rend encore plus dangereux les pouvoirs illimités que le conseil de discipline possède, c'est que grâce au mode actuel de votation, le conseil ne sera pas élu par la profession de la province, mais par un groupe de médecins qui

contrôle la votation, dirige le Bureau des Gouverneurs comme il l'entend et en fera de même du conseil de discipline. Du moment que l'on voulait accorder au conseil de discipline des pouvoirs aussi grands, il devenait nécessaire d'assurer l'indépendance du Bureau des Gouverneurs. La profession n'aura confiance en un conseil de discipline qu'à condition de le nommer elle-même. Or, comme le conseil sera nommé par le Bureau des Gouverneurs, et que le Bureau actuel n'agit que sous la direction d'un groupe, le conseil de discipline ne sera pas le choix de la profession toute entière, ce qui est essentiel à tout tribunal d'honneur. Ce sera le conseil du Bureau, ce qui est bien différent.

Une centaine de médecins de Montréal et de Québec, voyant le danger, ont envoyé au Conseil législatif une pétition demandant l'élection par districts. Faut voir la tempête que cette motion, a soulevée à Québec et l'opposition vigoureuse que lui ont faite les Drs Beausoleil, Marcell, Ross, Simard, Larue, Belleau, Laurent, etc. Pensez donc ; si la motion avait passé, le bill et l'amendement revenaient devant la Chambre, où il aurait fallu se prononcer définitivement pour ou contre l'élection par district. C'était devenant compromettant. Aussi s'est-on efforcé de démontrer aux conseillers législatifs que la pétition n'avait pas d'importance, que c'était une lutte personnelle faite au Dr Beausoleil, qu'il ne fallait pas tenir compte de 100 médecins quand il y en a 3000 (!) dans la province de Québec (1) etc, etc... Les conseillers se sont laissés prendre à ces mensonges, et l'amendement a été rejeté.

Il y a longtemps que l'on essaie d'obtenir l'abolition du vote par procurations. La loi présentée par le Bureau en 1889, les motions des Drs Rottot, Fafard, etc., la pétition des médecins de Montréal et de Québec, celles des médecins de Joliette, etc. demandaient cette mesure, qu'il serait si juste d'accorder à la profession. Mais les directeurs du Bureau actuel des Gouverneurs n'en veulent pas, et pour cause, et ils ont, jusqu'ici, empêché toute mesure de ce genre d'être adoptée. Réussiront-ils toujours ? C'est ce que nous verrons.

Il devient urgent pour la profession de s'organiser et de réagir contre un état de chose qui finira par offrir les inconvénients les plus graves. Nous savons d'ailleurs qu'un comité provincial est à se former, et qu'une circulaire sera bientôt adressée aux médecins de la province. Nous prions nos abonnés d'en prendre note, et de bien considérer la question, qui est importante pour tout le monde.

(1) Nombre exact des médecins de la province de Québec :

Province de Québec :	877
Montréal	366
Québec	75

Total..... 1318