

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapport d'une enquête faite pour établir la cause d'une épidémie de fièvre typhoïde à l'Hospice des Sœurs de la Charité de Québec durant les mois d'Août et Septembre 1901

PAR MONSIEUR LE DOCTEUR CATELLIER.

*Rapport communiqué à la Société Médicale de Québec, à la séance du 25 Octobre
1901.*

Le 31 Août dernier, Monsieur le Dr Marois, Médecin de l'Hospice des Sœurs de la Charité, m'apprenait qu'il y avait eu récemment une douzaine de cas de fièvre typhoïde parmi les religieuses de cette communauté ; tous ces cas, à l'exception de deux, s'étant déclarés dans le même corps de logis, celui qui, durant l'hiver, est occupé par le "Petit Pensionnat" mais qui servait alors, pendant les vacances, à héberger les *Novices*.

Un aussi grand nombre de cas de fièvre typhoïde à la fois, à Québec, eut constitué en tout temps une anomalie. L'anomalie était d'autant plus grande dans le moment que le reste de la ville était à peu près indemne de la maladie, et que nous étions dans un temps de l'année où l'influence saisonnière ne devait pas encore se faire sentir. D'un autre côté, l'éclosion de tous ces cas sous le même toit, suggérait forcément l'idée d'une *cause locale* qu'il y avait à rechercher. C'est ce que je fis, aidé de mon distingué confrère, à qui je dois les premiers renseignements qui m'ont permis de localiser l'origine de la contagion. Je vous demande la permission de vous communiquer ce soir le résultat de mes recherches. Certains faits établis au cours de cette enquête soulèvent des questions de pathologie typhoïde sur lesquelles j'invite à l'avance l'opinion de mes collègues. Une de ces questions a trait à l'étiologie de la fièvre typhoïde, une autre à la durée de la période d'incubation. Mais n'anticipons pas, et voyons d'abord les faits révélés à l'enquête.

Les bonnes Sœurs avaient leur théorie sur la source de l'infection. Elles incriminaient l'ex-dépôt de neige municipal en arrière de la station de voitures de la porte St Jean. Avec la neige on y transporte nécessairement un peu de fumier des rues et quelques détritiques plus ou moins organiques. La neige disparaît au printemps mais non ces détritiques qui, d'après elles, s'y accumulent d'année en année. Cet été, sous l'influence d'une chaleur souvent excessive mais surtout plus persistante, tout l'amas aurait fermenté et aurait causé la maladie. Cette théorie leur paraissait d'autant plus plausible que c'était justement dans la bâtisse la plus rapprochée du dépôt de neige, que s'étaient déclarés presque tous les cas.

Sans vouloir prendre la défense de ces hideuses accumulations de neige dans l'intérieur de la ville, dont nous a gratifiées un jour la Législature Provinciale en abrogeant un règlement municipal qui les défendait, je dois déclarer que la peinture que se faisaient les Sœurs de celui dont elles se plaignent depuis longtemps, était un peu chargée. Il reste bien, il est vrai, après la fonte de la neige, un résidu quelconque, quelques tessons de vaisselle, une écaille d'huître par çà par là, mais rien pour engendrer des miasmes. D'ailleurs, ce que l'on connaît aujourd'hui de la nature de la fièvre typhoïde ne se prête guère à la théorie d'une origine miasmatique. En tout cas, je crus devoir chercher ailleurs une cause plus palpable.

On sait que, en présence d'une épidémie de fièvre typhoïde, les hygiénistes modernes sont toujours prêts à suspecter l'eau ou le lait qui se sont faits de longtemps une mauvaise réputation en rapport avec cette maladie.

Dans ce cas-ci, toutefois, l'eau ne pouvait guère être incriminée. L'eau que boivent les Sœurs, c'est celle de la ville ; or, je le répète, le reste de la ville était alors indemne de la fièvre typhoïde. Au reste, il est entendu que l'eau de notre aqueduc est, comme la femme de César, au-dessus de tout soupçon de microbes pathogènes, j'entends, car, pour un peu de vase, parfois, on ne soupçonne pas, on voit. Cette eau, en outre, les Sœurs la puisent directement aux robinets placés sur les conduites qui l'apportent à la maison, ce qui élimine l'hypothèse d'une contamination possible du réservoir du bâtiment ou se sont déclarés les cas.

Le lait est bien fréquemment le véhicule de la contagion de la fièvre typhoïde, principalement dans ces petites épidémies circonscrites comme celle que nous avons dans le moment, il y avait à chercher de ce côté.

Trois laitiers fournissaient du lait aux religieuses quand éclata la maladie au milieu d'elles ; deux laitiers de Québec, et un laitier de S

David de L'Aube-Rivière. Je m'assurai immédiatement qu'il n'y avait pas de fièvre typhoïde ni aucune autre maladie, chez les deux laitiers de Québec. Presque en même temps, le jour même je crois, une circonstance fortuite, un hasard de la clientèle, venait fixer les soupçons sur le laitier de St David. Le Dr Marois lui-même était appelé par l'épouse de notre regretté confrère le Dr Gosselin, pour soigner son mari et sa servante, tous deux malades depuis quelques jours. Le docteur diagnostiquait facilement deux cas de fièvre typhoïde et apprenait que le laitier de la famille était le même qui fournissait du lait aux religieuses. Il apprenait de plus qu'il y avait eu au moins deux personnes récemment malades chez ce laitier. Muni de ces renseignements, je me rendis immédiatement chez ce dernier, où j'appris que le 26 au soir, son garçon de ferme et sa servante avaient été pris tous deux et presque en même temps d'un violent mal de tête, et qu'ils avaient toujours été malades depuis : la fille assez légèrement, mais le garçon gravement. De fait, la fille, la seule des deux qui était restée à la maison, n'avait gardé le lit que quelques jours, mais avait toujours souffert de la tête, était faible et sans appétit. Ce jour là même, le 15 Août, elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu de Lévis, où, quatre jours plus tard, elle eut une recrudescence de fièvre, la température montant à 104°. Elle se remit toutefois, finit par guérir complètement, et sortit de l'Hôpital le 21 Septembre dernier. M. le Dr Ladrière qui lui a donné des soins, n'a pas hésité à porter le diagnostic de fièvre typhoïde. Il attribue la recrudescence de la fièvre, après son entrée à l'Hôpital, à une rechute provoquée par une erreur de diète. Son appétit étant devenu meilleur, elle en avait abusé.

Le garçon de ferme, lui, travaillait durant le jour chez le laitier en question, mais allait coucher chez sa mère. Le soir du 26 juillet, il partit de chez son patron malade. Le lendemain matin, il alla avertir son maître qu'il lui était impossible de continuer à travailler et il retourna chez sa mère. J'allai l'y voir, et j'appris qu'il avait toujours gardé le lit depuis son retour à la maison, et qu'il était sous les soins du Dr Lacerte qui le soignait pour une fièvre typhoïde. Le Docteur, à qui je téléphonai à son retour, me confirma ce diagnostic. Au reste, l'apparence du malade, quand je le vis, était bien celle d'un typhique de la troisième semaine de la maladie. A en juger par l'amaigrissement, la stupeur encore marquée, le cas avait été grave. Il prit du mieux un peu plus tard, put même commencer à sortir, mais un jour, il mangea des cerises à grappes, dévora deux concombres, eut une rechute et mourut le 12 Septembre.

Donc, à n'en pouvoir douter, il s'était déclaré 2 cas de fièvre typhoïde

chez le laitier de St David, et nous avons dès lors l'explication de l'épidémie chez les novices de l'Hospice de la Charité, et chez le Dr Gosselin, où elle a fait deux victimes. Le lait contaminé d'une façon ou d'une autre avait été le véhicule de la contagion. Le sero-diagnostic, à la vérité, n'avait pas été fait dans ces deux premiers cas, mais il l'a été au moins dans un des cas de l'Hospice, et il a été positif. D'ailleurs, les signes cliniques, chez le garçon surtout, étaient tellement évidents qu'on ne pouvait avoir de doute sur la nature de la maladie. S'il y avait eu un doute, ces rechutes, si caractéristiques de la fièvre typhoïde, étaient bien faits pour le dissiper.

Mais comment se fait-il, qu'à l'Hospice, tous ces cas à peu d'exceptions près, se soient déclarés dans la même bâtisse, laissant à peu près indemnes les trois autres corps de logis ? Voici l'explication qui confirme bien l'hypothèse de la contagion par le lait. *Dans la bâtisse en question, on ne consommait que du lait de St David de l'Aube-Rivière. Dans les autres, on consommait du lait mêlé, celui de St David et celui des autres laitiers de la ville. Les novices plus jeunes et plus susceptibles recevaient en outre une plus forte dose de poison.*

La source de la contagion était localisée ; des mesures de police sanitaire avaient été prises ; mon devoir de médecin municipal était rempli ; j'aurais pu m'en tenir là. Je voulus toutefois pousser plus loin mon enquête et rechercher la source de la maladie chez le laitier de St-David.

C'est cette seconde partie de mon investigation qui soulève ces questions de pathologie auxquelles j'ai fait allusion au commencement.

Le laitier de St-David est un cultivateur à l'aise. Tout dans sa maison et autour de ses bâtiments, respire l'ordre et la propreté. Il n'a pas d'enfant, mais a adopté une jeune fille, de sorte que le personnel habituel était de cinq personnes, y compris la servante et le garçon de ferme ; ce dernier, toutefois, allant coucher chez sa mère.

L'eau d'alimentation est fournie, depuis quatre ans, par un puits foré dans le sol de la cave. Le forage n'a pénétré que quatre pieds avant d'arriver sur le roc, mais a donné, à cette profondeur, une eau limpide et de bon goût. Un autre puits, à une centaine de pieds de la maison, et à plus de deux cents pieds de la grange, était utilisé pour garder fraîche, en y descendant les chaudières, la traite du soir jusqu'au lendemain matin, quand les deux traites étaient mêlées et transportées de suite à la ville. Il n'y avait pas eu de fièvre typhoïde à St-David de l'Aube-Rivière depuis le printemps. A cette époque, un enfant qui fréquentait l'école du village eut la maladie, mais put reprendre ses classes avant les vacances. Il les suivait à la fin de juin, à la fermeture de l'école. Dans la famille du laitier,

jusqu'au 26 juillet, personne n'avait été malade. Le garçon de ferme et la servante, n'avaient jamais été mieux au témoignage de cette dernière. Ce jour là, ils travaillaient tous deux aux foins sur une terre que possède leur maître, à dix ou douze arpents de chez lui, et sur laquelle est bâtie l'école du village. Il faisait très chaud, on eut soif, on alla boire au puits de l'école, un puits profond de 14 pieds où l'eau ne manque jamais. Le voisin de l'école, qui les voit se diriger de ce côté, devinant leur intention, les avertit de ne pas boire de cette eau, qu'elle était gâtée depuis quelque temps, que lui-même avait cessé d'en prendre. Malgré cet avertissement, nos deux assoiffés, en burent à long traits. La fille m'a déclaré qu'elle ne l'avait pas trouvée mauvaise. Le soir du même jour, tous deux souffraient d'un violent mal de tête, et leur maladie a pris tous les caractères de la fièvre typhoïde. Quelques jours plus tard, à ma suggestion, ce puits a été vidé par ordre des Commissaires d'écoles de St-David, et on a trouvé au fond une grosse masse gélatineuse en putréfaction qu'on a pris pour un cadavre de chat ou d'une autre bête. C'est le voisin de l'école lui-même, avec un aide, qui a vidé ce puits. Il m'a déclaré qu'il s'en était dégagé, pendant toute la durée du travail, une odeur de pourriture insupportable.

Voici donc deux individus, parfaitement portants jusque là, qui boivent de l'eau d'un puits où pourrissait une charogne, et qui, quelques heures plus tard, sont malades. Il est bien difficile de ne pas voir une relation de cause à effet entre cette eau et leur maladie.

Or, c'est la fièvre typhoïde qu'ils ont eue. Mais alors, et c'est ici que surgit la question d'étiologie, une infusion de charogne peut-elle produire la fièvre typhoïde ? On s'attendrait plutôt, en pareille occurrence, à voir survenir un empoisonnement, quelque fièvre putride, que sais je ? mais non une maladie spécifique comme la fièvre typhoïde. On voit mal le bacille d'Eberth. Pouvait-il exister dans la charogne ? Les animaux ont une fièvre typhoïde. (Letzerich 1880, Tizzoni 1880, Braullecht 1881). Ou bien le coli-bacille de la bête ne pouvait-il pas produire la maladie ? Le bacille d'Eberth et le coli-bacille sont au moins des cousins germains. Ne faut-il pas plutôt s'arrêter à l'hypothèse que le puits avait été contaminé d'une façon ou d'une autre par l'enfant qui était revenu à l'école à la fin de sa convalescence ? Le puits est dans un angle de la clôture, un coin bien invitant pour un petit garçon qui sent le besoin d'uriner. On sait combien longtemps après la maladie on retrouve le bacille d'Eberth dans l'urine.

La fosse d'aisance de l'école, d'un autre côté, est dangereusement proche du puits, une cinquantaine de pieds et sur un niveau plus élevé.

De ce chef encore, une cause de contamination possible pour ce dernier. En somme, en étirant un peu les suppositions, je crois qu'on peut mettre des bacilles d'Eberth dans le puits et régler la question d'étiologie, sans tomber tout-à-fait dans l'hérésie. Mais reste toujours l'autre question : la durée de la période d'incubation. Si les employés du laitier ont pris la fièvre de la façon supposée, l'incubation n'a pas duré douze heures. La chose est-elle possible ? On a bien cité des cas où cette durée a été bien courte, de quelques heures seulement, et quelques uns de ces cas ont été cités par des observateurs éminents (Griesinger, Meunchison, etc.,) mais je sais qu'on a prétendu, plus tard que ces cas, qui remontent tous à la période qui a précédé la découverte du bacille spécifique, avaient dû être mal observés. Il est toujours bien difficile de pouvoir éliminer d'une façon certaine toute possibilité d'infection antérieure.

Je me suis fait au cours de cette enquête plusieurs questions que je n'ai pu résoudre, et sur lesquelles, je serais bien aise d'avoir l'opinion des membres de la Société Médicale.

En attendant, je conclus :

1o La fièvre typhoïde a été apportée à l'Hospice des Sœurs de la Charité et chez le Docteur Gosselin par le laitier de St David de l'Aube-Rivière.

2o Le lait a été le véhicule de la contagion.

3o Il est très probable que les deux employés du laitier ont pris la maladie en buvant l'eau d'un puits où pourrissait une charogne.



Une erreur de diagnostic à propos d'avortement

PAR LE DR THO. SAVARY (Pont-Rouge).

L'un des accidents les plus fréquents de la grossesse pour lesquels on consulte le médecin dans la clientèle générale, est l'hémorragie dont l'aboutissant ordinaire, aux premiers mois, est l'avortement.

Je me permets de rapporter aux lecteurs du "Bulletin Médical" une erreur de diagnostic que j'ai commise sur ce sujet, il y a quelque temps, je devrais dire "que nous avons commise," car j'ai eu des complices. Les fautes de ce genre sont rarement le sujet de communications; je ne crois pas inopportun, cependant, de la faire connaître par l'observation suivante afin de mettre mes jeunes confrères en garde contre une semblable erreur.

Le 8 juin 1900, je fus consulté par madame H..., âgée de 30 ans, pour de légères pertes rouges qui l'incommodaient depuis quelques jours.

Madame H... est mère de quatre enfants. Les accouchements ont toujours été heureux. Quatre ans auparavant, elle a subi un curettage pour la débarrasser d'une métrite chronique. Sa santé, à part cela, a toujours été florissante.

Comme elle se croit enceinte de deux mois, cette hémorragie utérine lui fait craindre que ce ne soit le prélude d'une fausse couche.

De nombreuses questions à la malade ne m'apprennent rien de nature à expliquer la cause de cette hémorragie. Fait à noter, l'hémorragie n'est ni accompagnée de douleurs, ni assez abondante pour former des caillots.

Je ne jugeai pas à propos de faire un examen vaginal. Je conseillai le repos au lit et quelques injections vaginales chaudes. Deux ou trois jours plus tard, la malade était assez bien pour reprendre son régime de vie ordinaire.

Comme vous le voyez, il n'y a jusqu'ici aucun fait qui dépasse l'ordinaire; mais je pourrais dès maintenant m'accuser de la négligence de ne pas avoir pratiqué le toucher vaginal.

Il m'est toujours pénible de faire cet examen sans une nécessité absolue; et cette aversion me fit oublier cette fois que "prudence est mère de sûreté" quoique dans ce cas, aucun signe pathognomonique ne me faisait

soupçonner, à première vue, qu'il y eut grossesse. L'absence de douleurs, la faible quantité de sang perdu, tout me portait à croire, au contraire, que la malade souffrait tout simplement de sa menstruation qui avait été retardée par une cause quelconque.

Mais le fait va prouver que j'étais dans l'erreur, et qu'il n'est pas toujours prudent de se fier aux premières présomptions.

Un mois plus tard, le 8 juillet, la même malade me rappela auprès d'elle. Cette fois la maladie me parut plus sérieuse. Un sentiment de faiblesse générale, des envies fréquentes d'uriner, une tendance aux lipothymies, des douleurs lombaires, etc., se manifestaient chez la patiente.

Un sang liquide ou grumeleux s'écoulait du vagin d'une manière persistante.

C'était le temps de réparer la faute commise lors de la première consultation : j'examinai la malade pour me renseigner sur l'état de l'utérus, gravide ou non. Après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires, je procédai à l'examen vaginal qui me fit constater une augmentation de volume de l'utérus.

Le col était ramolli et son orifice assez ouvert pour recevoir la phalange de l'index, et le corps, résistant dans l'état de gravidité donnait plutôt la sensation d'un organe contenant du liquide.

Il n'y avait pas à douter, la malade était enceinte, et l'hémorrhagie laissait prévoir un avortement en voie de se faire.

L'indication me parut nette et précise : prévenir l'avortement, s'il n'était pas déjà trop tard.

La malade fut mise au repos absolu, au lit ; et 30 gouttes de laudanum furent données en deux fois à une heure d'intervalle. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessèrent, l'hémorrhagie diminua, et tout rentra dans l'ordre.

Jusqu'ici encore, le cas, du moins au point de vue thérapeutique, me donnait pleine satisfaction, mais il devait, comme vous allez voir, me causer d'autres déboires.

En effet, 15 jours plus tard, la malade me rappela de nouveau. Depuis quatre ou cinq jours elle ressentait une pesanteur dans le bas-ventre et elle perdait de nouveau et échappait par intervalle, quelques caillots ressemblant à de "petites masses de chair," suivant son expression.

Permettez-moi de rappeler ici pour l'intelligence de mon observation, que l'avortement, au troisième ou au quatrième mois, se fait souvent en

deux temps, au lieu d'un. Le fœtus est alors expulsé avec le liquide amniotique ; et le placenta est retenu dans la matrice. L'utérus désempi revient sur lui-même, et, le col se resserrant, le placenta peut rester emprisonné et y séjourner pendant 6, 8, 10 jours et même plus longtemps. S'il n'y a pas d'hémorrhagie, le rôle du médecin consiste à attendre patiemment son expulsion. Règle générale, la nature se suffira à elle-même.

Toutefois, le placenta peut rester adhérent en partie ou en totalité, au fond de la matrice, et devenir la cause des accidents les plus graves. Grâce à l'envahissement des germes septiques il se décompose ; les lochies deviennent fétides ; les parois utérines, en contact avec des matières en putréfaction, en absorbent une partie ; la fièvre se déclare, et avec elle tous les accidents d'une résorption putride. C'est une complication contre laquelle il importe de se mettre en garde et que l'on doit surtout prévenir.

Toutes ces notions m'étaient présentes à la mémoire devant cette malade qui perdait depuis 4 jours, des caillots ressemblant à de "petites masses de chair" ; et j'avais à me demander si déjà, l'avortement n'était pas fait en partie : c'était là la première question à me poser avant d'adopter aucun plan de traitement. Il fallait donc m'assurer d'abord de l'expulsion du fœtus et de la nature des caillots. Malheureusement, le col, complètement revenu sur lui-même, rendait impossible l'introduction du doigt. Quant à apprécier si les petites "masses de chair" que la malade disait avoir perdues étaient des fragments de placenta en parties décomposés ou des caillots sanguins qui auraient séjourné plus ou moins longtemps dans le vagin ou l'utérus, c'était chose fort difficile à dire.

Comme l'hémorrhagie n'était pas abondante, la fièvre nulle et la santé générale bonne, j'ordonnai seulement des injections vaginales antiseptiques, en attendant d'intervenir plus activement au moindre symptôme sérieux.

Vers la même époque, mon ami, le Dr Y... de Québec, me fit le plaisir de sa visite. J'en profitai pour lui faire part de mes appréhensions sur l'avenir de ma malade et lui demandai des conseils.

" Sans avoir examiné le cas, me dit mon distingué confrère, il me semble évident que cette femme était enceinte, lors de l'hémorrhagie subie il y a quelques jours ; et l'avortement a dû se faire d'une manière incomplète, à cette époque. Cette perte de sang grumuleux est probablement due à quelques débris du placenta restés adhérents dans la matrice.

Tu serais parfaitement justifiable d'employer les lavages de l'utérus et même les injections intra-utérines de teinture d'iode ; et si ces injections ne suffisent pas, le curettage est tout indiqué.

Cette opinion de mon ami fut corroborée quelques jours plus tard par l'un de mes anciens professeurs auquel j'eus l'occasion de montrer la malade. Les lochies brunâtres donnaient alors une odeur qui laissait présumer un commencement d'infection.

Après examen, mon savant confrère, ne douta pas qu'il restait encore une partie de l'œuf dans l'utérus et me conseilla de nouveau les lavages, et comme moyen plus actif, l'injection de teinture d'iode pour arrêter l'infection et favoriser l'expulsion des débris en excitant les contractions utérines, quitte à revenir au curettage dans la suite.

Que voulez-vous que je fisse contre deux ? Les plus craintifs en effet sont toujours hardis quand ils se sentent appuyés par plus forts qu'eux. Aussi ne tardai-je pas à me rendre à leurs conseils.

Après avoir pris toutes les précaution antiseptiques voulues, je pratiquai une large irrigation dans le col utérin et, me servant d'une seringue de Braün, que je pus introduire dans la cavité de l'utérus sans résistance marquée, je fis une injection de teinture d'iode.

L'effet fut, sinon merveilleux, du moins dépassant toute notre attente. Environ 6 heures après l'injection, la malade expulsait au milieu de vives douleurs, le placenta, les membranes non rompues avec un fœtus, d'environ 2½ mois, " tout tremblotant " dans son liquide amniotique.

Les suites furent des plus heureuses pour la mère.

L'erreur du diagnostic, dans ce cas, me semble devoir être rattachée aux hémorrhagies du deuxième et troisième mois, qui ont simulé d'abord, la menstruation normale et dont la dernière, plus abondante, put déterminer la mort du fœtus au troisième mois.

L'arrêt dans le développement de l'utérus qui en a été la conséquence a servi à faire juger, à l'examen, par mon savant confrère, que l'organe, n'étant pas du volume d'une grossesse à trois mois et demi, ne devait contenir qu'une partie de l'œuf : le soupçon d'un avortement incomplet étant d'ailleurs corroboré par les autres symptômes.

Les hémorrhagies répétées auxquelles la patiente avaient été sujette dès le début, n'étaient qu'un accident précoce d'une insertion vicieuse du placenta, que l'on observe le plus habituellement qu'à partir du quatrième ou cinquième mois de la grossesse.

Quant au médecin, il en fut quitte pour se faire lire par le mari, qui possède quelques notions de latin, le vers du président Hénault, qui sert d'épigraphe au " Bulletin Médical " :

" Indocti discant et ament meminisse periti."

Hématocolpus, par suite d'Arsésie de la membrane hymen.

A la fin de septembre dernier, j'eus la bonne fortune d'être appelé à prodiguer mes soins à une jeune fille qui présentait un vice de conformation assez rare. Il s'agissait de l'imperforation de la membrane hymen, compliquée de rétention des règles et d'accumulation du sang dans le canal vaginal et dans le col de l'utérus, (hæmatometra partiel). Aussi ai-je cru qu'il pouvait être utile de consigner l'histoire du cas afin d'en faire rapport dans le *Bulletin Médical*. Cela pourrait peut-être intéresser aussi bien mes vieux et estimés confrères, que les jeunes disciples d'Esculape, qui eux du moins, n'ont probablement pas encore eu l'avantage d'observer un cas de ce genre.

Les débuts des complications sont assez obscurs. La jeune fille, qui est âgée de quinze ans, paraissait souffrir depuis le mois de mai, soit environ quatre mois avant la date où elle a dévoilé le véritable mal dont elle souffrait, car elle était très discrète à ce sujet, envers ses parents. Elle n'avait pas encore été réglée, et ressentait de temps à autre de grands maux, des douleurs lombaires, probablement au temps des époques cataméniales, se disait souvent fatiguée, pâlisait.

Dans le cours de septembre, les parents me consultèrent à son sujet, parce que les douleurs lombaires étaient devenues trop fortes, intolérables parfois, spécialement dans le cours de l'avant midi, alors qu'elle sentait plus d'agitation que d'habitude. Croyant avoir affaire à la dysmenorrhée névralgique, je prescrivis une solution de bromures, avec des pilules ferrugineuses, mais ils n'amenèrent aucune amélioration des douleurs. Dix jours après le commencement du traitement, la malade finit par avouer à sa mère la nature véritable de son mal; elle raconta qu'elle avait une tumeur considérable aux parties génitales.

Je fus appelé sur le champ, et constatai une tumeur fluctuante qui faisait bomber la vulve et la périnée. En écartant les grandes lèvres, je vis que l'hymen était imperforé, distendu, formant une forte saillie bleuâtre, rénitente et dépressible. La fluctuation était appréciable non seulement à l'endroit de l'hymen, mais aussi sur les bords de la vulve, ainsi qu'au périnée, et le palper abdominal faisait bien sentir cette fluctuation, les doigts de l'autre main étant appliqués au devant de la vulve.

L'abdomen était tuméfié, l'utérus développé, repoussé en haut vers l'ombilic. La patiente a avoué avoir souffert de constipation et de dysurie durant les dernières semaines. Le poul donnait 98 pulsations, la température 100°2.

D'après l'histoire du cas, et à la constatation de l'atrésie de l'hymen, il me fut assez facile de poser le diagnostic d'Hæmatocolpus total, avec Hæmatometra partiel.

Comme je n'étais pas préparé pour agir immédiatement, je fus forcé de remettre l'opération au jour suivant. Alors, avant de procéder à l'incision, par acquit de conscience, je fis une ponction exploratrice avec un trocart fin, et je retirai aussitôt quelques gouttes de sang noir, épais.

Toutes précautions antiseptiques étant prises, après avoir anesthésié à la cocaïne un point correspondant à la ligne d'incision, je fis d'abord une simple ponction au moyen de la lancette, dans le but de ne faire écouler que lentement le liquide. Je crois cette pratique recommandée par les auteurs. Au bout de quinze minutes environ, j'agrandis l'incision avec le bistouri, et j'en fis une autre transversale à la première, afin d'assurer la perméabilité du canal vaginal. Pendant trois quarts-d'heure, il s'écoula un liquide épais, de consistance sirupeuse, couleur de chocolat et inodore. J'en ai évalué la quantité à près de vingt-quatre onces. Je fis de grands lavages au bichlorure au 1/5000, avec l'irrigateur, et je ne cessai que lorsque la solution revint claire et nette. Je terminai en tamponnant le vagin avec une longue bandelette de gaze iodoformée, dont je laissai les bouts au dehors de la vulve, pour empêcher les bords des incisions de se réunir. Je constatai que le vagin était normalement constitué; l'hymen était très épais, à consistance charnue, résistant comme du tissu fibreux. Les suites de l'intervention furent très favorables. Je réappliquai un second pansement le lendemain, et ce fut tout.

Je viens de revoir ma patiente, cinq semaines après l'intervention, et j'apprends qu'elle a eu ses règles abondamment pendant six jours.

J'ajouterai quelques observations au sujet des autres variétés de vices de conformation des voies génitales, au point de vue des accidents qui en peuvent résulter. Il y a hæmatometra total, dans le cas d'absence partielle ou complète du vagin, ou encore lorsqu'il y a imperforation du col, soit à l'orifice interne, soit à l'orifice externe; l'utérus présente alors la conformation d'un sac, à parois ordinairement épaisses. Lorsque la tumeur sanguine est considérable, les trompes sont invariablement dilatées par le sang

accumulé. Il peut être à craindre que le sang filtre et s'épanche assez abondamment dans l'abdomen, produisant alors un hématocele pelvien.

Un cas possible, c'est le cloisonnement du canal génital (vagin ou utérus), avec atrésie, sur un point quelconque de son parcours; le diagnostic présenterait alors de sérieuses difficultés. Laissés à eux mêmes, ces accidents comportent généralement un pronostic grave.

L'évacuation spontanée n'amène pas la guérison: la perforation, toujours insuffisante dans ces cas, se referme, exposant la patiente aux dangers de l'infection et de la suppuration.

Dans le cas d'imperforation du vagin, avec production d'un hémato-metra, il serait alors nécessaire de procéder à une véritable dissection, dangereuse d'ailleurs à cause du voisinage du rectum et de la vessie. Cependant la tumeur servirait de guide utile pendant la dissection. Après avoir atteint son voisinage, un trocart sera poussé sur le point fluctuant et on incisera l'hymen en différents points, avec un bistouri à lame étroite, le long des bords de la canule. Le calibre du canal sera maintenu, par la suite, au moyen de cylindres en verre ou en caoutchouc.

Dans le cas d'obstruction siégeant à l'orifice du col, il faudrait encore employer le trocart, puis l'instrument tranchant pour agrandir l'ouverture. Après irrigation suffisante, le tamponnement de la cavité vaginale sera fait avec la gaze iodoformée, pour maintenir la dilatation pendant quelques jours. Lorsque l'utérus sera revenu à ses dimensions premières, il sera nécessaire de traiter par le curetage, la métrite, conséquence fréquente de la lésion primaire.

ALB. GIROUX, M.D.

Isle Verte, Nov. 12 1901.



Fracture de côtes par action musculaire (1)

Le 3 octobre 1901, M. R. B., âgé de 50 ans me raconte que la veille en toussant il entendit et sentit un craquement dans le côté gauche de la poitrine, accompagné d'une douleur très aiguë au même endroit. Il sent encore cette douleur à chaque inspiration, à chaque effort de toux et à chaque mouvement du tronc ou des membres supérieurs. A l'examen je trouvai une fracture des 7e et 8e côtes gauches vers leur milieu.

Ce malade a eu la syphilis il y a 5 ans mais n'en présente aucune manifestation maintenant.

Dans mes notes je trouve l'histoire d'un cas semblable mais se présentant dans des circonstances un peu différentes. Le voici

Le 3 sept. 1877 j'accouche madame J. O. C., souffrant d'une bronchite. Pendant une forte tranchée elle est prise d'un accès violent de toux et se plaint subitement d'une douleur très aiguë dans le côté gauche du thorax et me dit s'être cassée quelque chose dans la poitrine. J'en fis peu de cas dans le moment, mais quand je l'examinai le lendemain je constatai une fracture de la 7e côte gauche près de son milieu.

Cette malade avait une santé parfaite et n'avait aucune tare ni héréditaire ni acquise.

M. P. M., journalier, âgé de 49 ans mais paraissant être plus vieux me consulta le 19 janvier 1876 pour une douleur au-dessus de la clavicule gauche. Cette douleur est survenue subitement la veille à la suite d'un coup de poing donné, en jouant par un camarade. La douleur était surtout réveillée par la toux et les mouvements du membre supérieur gauche. Il y avait une fracture des 3e et 4e côtes gauches tout près de l'articulation chondro-costale de ces côtes ou peut-être une séparation du cartilage de la côte.

Le 7 déc. 1876 je vis W. Q. jeune homme de 18 ans dans la 3e période de la phisie pulmonaire, durant la nuit et pendant un accès violent de toux il ressentit une douleur aiguë à l'extrémité interne de la clavicule droite et constata au même endroit la présence d'une bosse inusitée. Cette tumeur disparut quand il porta l'épaule droite en arrière, mais se montra de nouveau à chaque effort de toux. Il y avait une dislocation en avant de l'extrémité interne de la clavicule droite.

M. J. AHERN,

(1) Cas rapportés à la Société Médicale de Québec.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Quand et pourquoi on doit administrer le Salicylate de Soude

PAR ALFRED MARTINET.

On peut schématiquement distinguer trois grandes indications thérapeutiques du salicylate de soude :

La première est tirée de l'action quasi spécifique du salicylate dans le *rhumatisme articulaire aigu*.

La deuxième est basée sur l'action antithermique et éliminatrice (dissolvante de l'acide urique). Elle amène à l'employer dans un certain nombre de *maladies infectieuses aiguës* et de maladies dites de la nutrition, dans la *diathèse urique* en particulier

La troisième est une conséquence de son action cholagogue qui en fait un des meilleurs modificateurs de la sécrétion biliaire.

* * *

Nous ne voulons que mentionner les théories qui ont eu et qui ont encore cours pour expliquer le mode d'action du salicylate dans le *rhumatisme articulaire aigu* : 1o le salicylate agit par ses propriétés analgésiantes ; 2o vaso-dilatateur général, il atténue de ce fait les fluxions rhumatismales ; 3o antipyrétique, il modère les centres calorigènes ; 4o diurétique, il favorise l'excrétion de l'acide urique ; 5o les effets curatifs sont la conséquence de son action antiseptique s'exerçant sur certains microbes.

Cette dernière explication, qui fait du salicylate de soude un véritable spécifique, est probablement la bonne, car, comme le fait remarquer si justement M. Barth, " il n'est guère anesthésique en dehors des affections rhumatismales, il ne semble pas vaso-constricteur, son action antipyrétique n'est supérieure à celle de la quinine que dans le rhumatisme ; son action éliminatrice paraît aussi insuffisante à invoquer, car il ne semble pas capable de détruire l'acide lactique ou les corps analogues fabriqués pendant le rhumatisme."

Son action est si certaine dans le cas de rhumatisme articulaire aigu vrai qu'en présence d'un insuccès il faudra toujours se demander : 1o le pharmacien a-t-il vraiment fourni du salicylate de soude ? 2o le malade a-t-il pris la potion prescrite ? 3o la dose prescrite est-elle suffisante ? Et dans l'affirmative il y aura lieu de penser qu'il s'agissait d'un faux rhuma-

tisme, le plus souvent pseudo-infectieux, blennorrhagique par exemple, ou d'une arthrite subaiguë d'origine goutteuse, et d'agir en conséquence.

* * *

Germain Sée avait dès le début de ses observations insisté sur l'action éliminatrice du salicylate de soude, dans la goutte en particulier; il avait indiqué la stimulation éliminatrice relative à l'acide urique et la formation d'acide salicylurique très soluble aux dépens du glyco-colle de l'organisme.

Les recherches urologiques de M. Albert Robin ont vérifié cette action et ont élargi la formule précédente en faisant du salicylate de soude un solubilisant des résidus organiques, des éléments azotés en particulier, avec lesquels il se combine pour former de l'acide salicylurique très soluble et, partant, d'une élimination beaucoup plus facile.

Cette propriété amène à employer le salicylate de soude dans deux conditions assez différentes, mais caractérisées toutes deux par de la rétention dans l'organisme de déchets azotés en excès, savoir: la *fièvre typhoïde*, dans laquelle il devra n'être employé qu'à faibles doses à cause de son action dépressive sur le cœur; la *gravelle urique* et la *goutte chronique*, dans lesquelles il augmente l'élimination du sable urique, calme les douleurs néphrétiques, active la résorption des produits uratiques et assouplit les raideurs articulaires. Il est très inférieur au colchique dans la goutte aiguë.

* * *

Le salicylate de soude est de plus en plus considéré comme le médicament hépatique le plus actif, le médicament de la *défaillance du foie*.

Il provoque et réalise la vitesse maxima d'écoulement dans les voies biliaires, il s'élimine par la bile, et la liquéfie, la fluidifie, en augmente la quantité: il est le *médicament cholagogue* par excellence. De ce fait il rétablit parfois la perméabilité biliaire supprimée. Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que cette action ne s'exerce que pendant les quelques heures (quatre ou cinq) qui suivent son absorption, d'où le précepte d'en répartir l'administration en des doses fractionnées, toutes les trois ou quatre heures.

M. Chauffard vient tout récemment encore de rappeler le traitement de la lithiase biliaire, tel qu'il le conçoit, en particulier dans les cas de colique hépatique à répétition, et il peut se résumer à peu près ainsi: 1^o régime lacté, puis régime lacto-végétarien, puis régime mixte faible-

ment carné; 2o 1 gr. 50 de salicylate et de benzoate de soude pris quotidiennement en trois fois; 3o deux perles d'huile de Haarlem par semaine; 4o bains alcalins et frictions sèches.

Outre son action cholagogue il exercerait une *action antiseptique*. *In vitro* il retarde ou empêche la plupart des cultures microbiennes sur gélatine; introduit dans l'estomac d'un animal il rend sa bile au moins momentanément aseptique. Mais des expériences de M. Linossier il semble résulter que la dose maxima éliminée par la bile est 25 fois plus faible que la dose minima nécessaire *in vitro* pour entraver notablement la putréfaction de la bile, ce qui tendrait à lui enlever toute action antiseptique directe importante.

Quoi qu'il en soit, de ces actions diverses résulte une action défensive empêchante ou atténuante de l'invasion microbienne primitive ou secondaire des voies biliaires. C'est le meilleur préventif des *angiocholites* et des *ictères infectieux*.

L'intolérance est rare, contrairement à ce qu'on a pu croire au début de l'administration des salicylates.

On peut en diviser *cliniquement* les manifestations en *accidents faibles*, relativement fréquents, et *accidents graves*, beaucoup plus rares.

Les accidents faibles les plus fréquents consistent en des *troubles gastriques*, sensations de *brûlures stomacales* dues à l'action directe de la drogue sur les parois de l'estomac, *nausées*, tendances au vomissement provenant de la saveur fade et douceâtre du médicament. Ils sont généralement passagers et n'entravent nullement la médication. Si on les appréhende, il pourra être utile d'associer le salicylate de soude au bicarbonate. S'ils persistent on pourra essayer de lui substituer le salicylate de méthyle en badigeonnages.

On peut se trouver aussi en présence de *troubles nerveux* en rapport avec un certain degré de *congestion encéphalique* (bourdonnements d'oreille, surdité passagère, vertiges, rougeur de la face, épistaxis). Par leur acuité ou leur continuité ils peuvent constituer une contre-indication formelle à la médication.

A hautes doses le salicylate de soude peut agir comme *stupéfiant du cerveau* et *dépresseur de la circulation cardiaque*, double action d'autant plus marquée que le rein est moins perméable. Il détermine de ce fait des *accidents graves nerveux et cardiaques*.

En plus des phénomènes nerveux légers sus-énumérés on voit alors le

visage prendre une expression bizarre, le regard s'égarer, le *délire* s'établir " paisible, puis violent avec impulsion au meurtre et au suicide" (Barth).

Les *accidents cardiaques* sont très graves, manifestés par l'oppression, la pâleur, la fréquence et la petitesse du pouls. La mort a pu parvenir par syncope. Il conviendra donc d'être extrêmement prudent dans l'administration de cette drogue quand l'action du cœur sera affaiblie ; il sera sage de lui associer un stimulant cardiaque (caféine, spartéine, etc.) et surtout d'instituer une surveillance rigoureuse.

.

De ces accidents possibles découlent un certain nombre de contre-indications que nous distinguerons avec M. Barth en contre-indications absolues et contre-indications relatives.

Pour M. Barth sont *absolues* les contre-indications suivantes : 1o une *vulnérabilité anormale des centres nerveux* (névropathie, grand alcoolisme), car il faut redouter alors le développement des grands accidents cérébraux sus-décrits ;

2o Les *affections organiques du cœur*, ou du moins celles qui entraînent des troubles sérieux de l'innervation et de la dynamique cardiaque et qui prédisposent à l'adynamie et à la syncope (aortites ulcéreuses, endocardites végétantes, dégénérescences du myocarde, etc.) ;

3o L'*impermeabilité rénale absolue ou relative* (néphrite scarlatineuse ou interstitielle).

A notre avis ces contre-indications ne sont absolues que dans les cas où les conditions de la pratique médicale rendent impossible une surveillance médicale étroite (nous entendons par ce terme la possibilité de voir le malade deux ou trois fois par jour) ; sous une surveillance étroite elles ne sont que relatives.

Sont *relatives* les contre-indications suivantes :

1o Les *états de grossesse*, à cause de l'état de la perméabilité rénale pendant cette période, à cause de l'action possible du salicylate de soude sur les fibres lisses. Nous partageons à cet égard le scepticisme de notre maître, M. Roger, et nous avons souvent, comme lui, administré avec ménagement le salicylate pendant la grossesse sans avoir noté d'incident appréciable ;

2o La *virillesse*, à cause de la fréquence à cet âge de l'artério-sclérose et des scléroses viscérales, rénales en particulier ;

3o Le *rhumatisme récidivé avec complications viscérales* (péricardite, pleurésie, albuminurie, etc.).

" Presse Médicale."

Considérations pratiques sur le traitement du croup.--Sérothérapie. Tubage. Trachéotomie,

PAR DR RENAULT, Paris.

Lorsque vous avez affaire au croup, vous devez observer les mêmes règles que pour la diphtérie pharyngée en ce qui concerne les injections de sérum. Je vous rappelle, au point de vue du sérum lui-même, qu'on ne se préoccupe plus de sa limpidité, il peut être floconneux, mais on se préoccupe surtout de son odeur. Vous ne vous servirez donc pas d'un sérum antidiphtérique, qui présentera une mauvaise odeur. Je vous rappelle également que, chez les enfants, vous ferez l'injection, sur le flanc, dans le tissu cellulaire sous cutané. Celui-ci, en effet, au niveau de la paroi abdominale, est suffisamment lâche pour recevoir une grande quantité de liquide.

Vous vous servirez de la seringue de Roux ou de la seringue de Debove qui a cet avantage de pouvoir être stérilisée facilement. Cette seringue sera munie d'un ajutage en caoutchouc qui réunit l'aiguille à l'instrument.

L'utilité de cet ajutage est très grande. En effet, l'enfant auquel vous allez faire une injection se remue, se démène, bien qu'on le maintienne. Dans ces conditions, l'ajutage étant mobile, l'aiguille, une fois plantée sous la peau, reste fixe, ainsi que la seringue elle-même, et vous pouvez opérer avec tranquillité.

Au préalable, vous aurez, bien entendu, fait bouillir votre instrument, mais, avant même de le faire bouillir, vous l'aurez essayé, car il ne serait pas agréable, après avoir attendu dix minutes pendant lesquelles dure cette ébullition, de vous apercevoir ensuite que l'instrument ne fonctionne pas convenablement.

Puis vous aurez nettoyé la peau avec une solution antiseptique sublimé au 1/000^e, acide phénique, etc., ou simplement avec de l'eau bouillie chaude et du savon. Vous pourrez employer à cet effet l'eau qui vient de servir à stériliser votre instrument.

La peau est donc nettoyée, votre instrument fonctionne bien, vous le chargez de sérum, puis vous poussez légèrement le piston jusqu'à faire jaillir une goutte de sérum à l'extrémité de l'aiguille, de manière à remplir complètement l'appareil et à éviter ainsi la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire. Je vous recommande, pour la même raison, de ne pas planter l'aiguille, vous chasseriez de l'air sous la peau.

Enfin, il faut faire l'injection lentement, de manière à ne pas distendre trop brusquement le tissu cellulaire, à ne pas exercer de traumatisme sur lui, ce qui serait douloureux. Ceci est vrai aussi bien pour les injections dans le tissu cellulaire que dans le muscle. L'injection doit durer 2 ou 3 minutes environ. La peau se gonfle, vous mettez par-dessus une feuille d'ouate, une bande, et ce gonflement se résorbe et disparaît bientôt, ne laissant comme trace qu'un petit point rouge où a passé l'aiguille.

Un mot sur la quantité du sérum à injecter. On doit plus se préoccuper de l'opportunité de l'injection que de la quantité totale de sérum qu'on injecte. Il faut noter ce fait que les petits accidents imputables au sérum sont les mêmes, chez les sujets susceptibles, avec de faibles quantités de sérum. Il en est ainsi du reste des autres médicaments, tels que l'antipyrine, l'iodure, et telle personne qui, avec 50 centigr. d'antipyrine, sera prise d'une éruption cutanée, présentera le même accident avec 3 gr. de ce médicament. On a signalé des cas de mort qu'on a attribués au sérum, mais ils ne tiennent pas en réalité à cette médication. Les accidents qu'on peut observer, les éruptions rubéoliformes, l'urticaire, les arthropathies, etc., ne présentent pas de grande gravité. Je vous ai parlé de la fièvre sérique : L'enfant présente la nuit une élévation brusque de température qui peut atteindre 40 degrés, l'état général s'aggrave, mais, au bout de quelques heures, la température s'abaisse rapidement. C'est à une question d'idiosyncrasie qu'il faut rattacher ces accidents qui se manifestent chez certains enfants plutôt que chez d'autres.

Je vous disais qu'il ne fallait pas se préoccuper de la quantité totale de sérum injecté. En effet, il faut faire autant d'injections qu'il sera nécessaire pour amener une amélioration notable des symptômes : marche de la température, état du pouls, étendue des fausses membranes, état des ganglions. Mais, dans le cas de croup, il faut faire d'emblée une injection plus abondante que dans le cas de diphtérie laryngée, de façon à être sûr de dépasser la dose suffisante.

En effet, si pour l'angine diphtérique vous donnez 10 centim. cubes de sérum, vous pouvez revenir le soir même ou le lendemain pour voir si les fausses membranes ont diminué d'étendue, renouveler au besoin la dose, cela n'a pas d'autre importance, vous avez relativement du temps devant vous. Tandis que, dans le croup, il y a un danger immédiat, il faut éviter l'asphyxie, l'obstruction laryngée menaçante par les fausses membranes, aussi doit-on donner, je le répète, une dose suffisante. Remarquez qu'avec

nos moyens d'intervention actuels, le tubage et la trachéotomie, ou ne cherche qu'à gagner du temps, à donner aux secours le temps d'agir, c'est donc une raison pour exercer une action la plus énergique possible et pour donner une dose supérieure de sérum.

Je vous recommande donc, pour le croup, d'injecter d'emblée les doses suivantes :

Pour les enfants :

Au-dessous de 5 ans.....	20 centim. c.
Au-dessus —	30 —

Pour l'angine diphtérique, je vous conseillais d'injecter seulement, si vous êtes appelé au début :

Pour les enfants :

Au-dessous de 5 ans.....	10 centim. c.
Au-dessus —	20 —

Et je vous disais d'injecter 20 centim. cubes au moins si vous n'êtes appelé qu'au deuxième ou troisième jour, alors que les symptômes se sont déjà aggravés.

Lorsque vous revenez voir l'enfant, le soir même ou le lendemain matin, vous faites une nouvelle injection moitié moindre, le tout dépend de l'état général des enfants, mais vous renouvelez, je le répète, autant de fois les injections que cela est nécessaire pour amener une amélioration très nette.

Dans le service, il y a un enfant auquel nous avons injecté, comme dose totale, jusqu'à 90 centimètres cubes. Vous surveillerez votre malade, vous le verrez une fois, ou mieux, si vous le pouvez, deux fois par jour, de manière à être prêt à pratiquer, s'il y a lieu, une nouvelle injection sans tarder.

Si le croup n'est pas intense, s'il n'y a pas de tirage, pas de crises de suffocation, vous n'auriez rien autre chose à faire que les injections; vous surveillerez l'enfant, comme je vous l'ai dit, cela n'a rien de particulier au croup, car vous devez agir de même dans la diphtérie pharyngée. Les deux coexistent d'ailleurs assez fréquemment et vous pourrez vous baser sur l'état des fausses membranes de la gorge pour juger de l'état de celles du larynx. Dans la pièce où se trouve l'enfant, vous placerez un récipient d'eau chaude pour charger l'atmosphère de vapeur d'eau, car il faut éviter au malade la sécheresse et le spasme du larynx.

Mais s'il y a du tirage, ou des accès de suffocation, c'est alors que se pose la question de l'intervention. Cependant, il faut faire là une très

grande distinction : on ne doit pas intervenir au premier accès. Il y a des enfants qui ont un, deux, trois accès rapides, qui durent quelques instants, vous faites l'injection et les accès ne se reproduisent plus.

Donc, premier cas, il y a seulement des accès, pas d'intervention.

Deuxième cas, les enfants ont du tirage dans l'intervalle des accès, alors on est obligé d'intervenir.

Troisième cas, les enfants ont du tirage sans accès, on est encore obligé d'intervenir.

Cependant, on ne doit pas tuber tous les enfants qui présentent du tirage simple, sans accès ; car, de même que chez les enfants qui ont simplement des accès, le sérum suffit pour les faire disparaître, de même ici le tirage peut disparaître avec le sérum seul. Qu'est-ce donc qui vous guidera ? Eh bien, si l'enfant est fatigué par le tirage, c'est-à-dire s'il s'endort, si son pouls devient extrêmement fréquent, si son visage devient un peu cyanosé, c'est que le cœur ne suffit plus à sa tâche ; il supporte un travail exagéré, car l'air n'arrivant plus au poumon en quantité suffisante par suite de l'obstruction du larynx, le cœur est obligé d'y faire arriver un courant sanguin plus énergique, il se trouve dans un état de subasystolie ; c'est alors que vous intervenez. Mais vous voyez des enfants qui tirent profondément, mais qui ne sont pas fatigués ; dans ces cas, vous pouvez attendre.

Il y a encore une autre considération à envisager en ce qui concerne les indications de l'intervention. Remarquez que je ne m'intéresse jusqu'à présent qu'aux indications de l'intervention d'une façon générale, sans m'occuper de savoir encore à quelle intervention, tubage ou trachéotomie il faudra recourir. Si vous êtes à l'hôpital où il y a une infirmière exercée qui surveille constamment l'enfant, celle-ci, au moindre doute, va chercher l'interne qui peut immédiatement intervenir. Mais, en ville, vous ne pourrez surveiller l'enfant constamment ; vous demandez comment était l'enfant quelques heures auparavant, s'il est plus mal maintenant, il vaut mieux de toute façon intervenir immédiatement et ne pas attendre, car si vous ne pouvez le revoir que quelques heures plus tard, il peut avoir succombé quand vous reviendrez. Vous vous inspirerez de chaque cas particulier, mais, encore une fois, si l'état du malade s'aggrave et que vous ne puissiez surveiller celui-ci ni le faire surveiller par quelqu'un qui serait à même d'intervenir dès que ce sera nécessaire, il vaut mieux intervenir vous-même immédiatement.

A quelle opération aurez-vous recours? Je vous ai montré en quoi consistent le tubage et la trachéotomie, je vous en ai montré le manuel opératoire. Elles ont toutes deux leurs indications et leurs avantages.

Les avantages du tubage sont évidemment de ne pas faire de plaie cutanée et surtout de ne pas laisser de cicatrices ultérieures, ce qui, pour les jeunes filles en particulier, pourrait avoir un inconvénient.

On a dit que la trachéotomie était une opération sanglante, mais les dix ou quinze grammes de sang que perd l'enfant au cours de l'opération ne peuvent pas avoir une bien grosse importance.

Il faut s'appuyer surtout, pour en juger, sur les suites de l'opération : Je vous ai dit que la trachéotomie une fois faite il fallait placer auprès de l'enfant une personne capable de changer la canule interne, ce qui est très facile ; quant à la canule externe, vous la changez toutes les vingt-quatre heures. Dans le tubage, au contraire, le tube peut s'obstruer brusquement ou lentement ; il faut détuber l'enfant et le retuber, ce que le médecin seul peut faire. La canule peut s'obstruer, mais n'importe quelle personne peut la désobstruer. A la rigueur, cette personne pourrait détuber l'enfant, mais elle ne peut pas la retuber.

La seule raison donc qui paraît militer, soit en faveur du tubage, soit en faveur de la trachéotomie, c'est l'endroit où vous opérez. Si c'est à l'hôpital, le tubage est préférable et, en quarante-huit heures, vous enlevez le tube, c'est terminé, tandis qu'après la trachéotomie il faut attendre une quinzaine de jours et il reste une cicatrice. Mais toutes les discussions qui ont eu lieu tombent devant ce fait que, dans un cas, il faut pouvoir surveiller l'enfant tubé, tandis que dans l'autre une personne quelconque peut intervenir pour désobstruer ou changer la canule.

Il va sans dire, et cela résulte de ce qui précède, que si vous pouvez, en ville, placer un interne auprès du malade, le tubage sera l'opération de choix.

Les suites du tubage et de la trachéotomie sont extrêmement simples quand les choses vont bien ; les suites de la diphtérie sont également simples : Dans 75% des cas, elle guérit sans accidents, la néphrite est très rare, elle est passagère et disparaît sans laisser de suites (1).

Les complications de la diphtérie sont de deux catégories : Les paraly-

(1) L'albuminurie et les lésions rénales, d'après M. Roger, ne sont pas des contre-indications à la sérothérapie.

sies (1) et la myocardite, ces deux complications doivent tenir d'ailleurs à des causes du même ordre. Elles surviennent ordinairement vers la troisième semaine, du 20 au 25e jour, c'est-à-dire tardivement, ce qui vous oblige à réserver non seulement votre pronostic immédiat mais aussi votre pronostic ultérieur, et à faire comprendre aux parents que le sérum, qui a permis de transformer, d'améliorer le pronostic immédiat, n'a pas donné le même résultat au point de vue du pronostic tardif. Heureusement que les paralysies diphtériques sont légères. Elles débutent presque toujours, vous le savez, par le voile du palais : La voix est résonnée, l'articulation des sens devient défectueuse, la déglutition difficile, les boissons sont rejetées par le nez. On regarde le voile du palais, il est abaissé, la luette repose sur la base de la langue, il est immobile. Il peut y avoir en même temps paralysie du pharynx avec dysphagie intense, paralysie laryngée, oculaire, paralysie des membres, etc.

Dans la plupart des cas, les paralysies diphtériques sont peu graves. Mais, pour ce qui concerne la paralysie du cœur, la myocardite, comme elle survient tardivement, il vaut mieux conserver l'enfant au lit pendant trois semaines pour permettre le repos du cœur. Il faut éviter à l'enfant toute émotion, le gêner pendant cette période, le maintenir au régime lacté. On fera de la révulsion dans la région précordiale, mais on ne posera pas de ventouses scarifiées, car la vue du sang pourrait déterminer une émotion, et, par suite, une syncope.

Heureusement, la myocardite ne dure pas longtemps, et en sept ou huit jours, la chose est jugée : ou bien l'enfant guérit ou il meurt.

Contre les paralysies diphtériques, le traitement est à peu près nul, elles guérissent toujours toutes seules, mais vous êtes obligé de faire un traitement, car, si elles persistaient, on vous reprocherait de n'avoir pas ordonné de médication. L'électrisation n'a pas les avantages correspondants à ses inconvénients, mais, si on vous demande d'électriser l'enfant, vous le ferez venir chez vous et vous l'électriserez d'une façon extrêmement modérée. Mais vous pouvez donner de la strychnine sous forme de tein-

(1) Les paralysies diphtériques se voient dans 10 à 15 0/0 des cas. M. Roger les a observées dans 13 0/0 des cas, tous soumis à la sérothérapie. Elles sont plus fréquentes chez l'adulte, apparaissent fréquemment dans certaines épidémies. D'une manière générale, elles surviennent d'autant plus fréquemment que la maladie a été plus longue et plus grave, qu'il a existé une albuminurie plus marquée.

Enfin, les paralysies sont localisées au voile du palais dans 80 0/0 des cas, celles-ci guérissent toujours. On voit les paralysies généralisées dans 20 0/0 des cas sur lesquels 15 0/0 sont mortels.

ture de noix vomique. D'ailleurs, que vous ayiez fait quelque chose ou que vous n'ayiez rien fait, l'enfant est guéri au bout de cinq ou six semaines.

Contre la myocardite, outre ce que je vous ai dit, vous avez, bien entendu, les stimulants : sirop d'éther, acétate d'ammoniaque, liqueur d'Hoffmann, caféine en injections sous-cutanées, ou injections hypodermiques de sérum caféiné, ou d'huile camphrée.

Telles sont les considérations que je voulais vous présenter à propos du traitement du croup, elles vous seront certainement très utiles dans la pratique si vous les retenez.

Journal de Méd. Int.

L'insuffisance utérine pendant le travail.

Quand la période d'expulsion traîne en longueur, que faut-il faire ? Avant d'employer le forceps, on peut essayer de renforcer l'énergie des efforts volontaires de la parturiente. Ceux-ci peuvent suppléer au défaut de la force utérine. Il faut faire prendre à la femme en travail l'attitude qui lui permet de donner le plus d'intensité possible à l'effort abdominal. Or, que voit-on quand on est appelé auprès d'une femme dont l'accouchement ne fait plus de progrès ? On trouve cette femme étendue sur le dos, relevant faiblement les genoux au moment des douleurs.

Cette attitude ne favorise certainement pas l'effort. Mais que deux aides, au moment de l'apparition de la douleur, saisissent les pieds de la parturiente, leur donnant un bon point d'appui ; qu'ils fléchissent les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin : la femme fera un effort énergique, une poussée soutenue, et la tête du fœtus passera fortement sur le périnée. Il est facile de comprendre ce qui se produit sous l'influence de cette manœuvre que j'ai déjà signalée. La parturiente a tous les avantages de la position accroupie, qui est la plus favorable aux fonctions d'évacuation des viscères abdominaux. La flexion des membres inférieurs entraîne le relèvement du bassin, le pubis va à la rencontre du sternum ; l'ouverture du détroit supérieur regarde plus directement la face inférieure du diaphragme, de sorte que l'axe du diaphragme tend à se confondre avec l'axe du détroit inférieur. De sorte que la pression abdominale au lieu de projeter le globe utérin contre la paroi abdominale, pousse celui-ci immédiatement avec le fœtus dans l'excavation. Ainsi tout effort est utilisé

(Revue Médicale de l'Est, 1er Octobre 1901.)

Un nouvel appareil pour le traitement des fractures de la clavicule

Le Dr A. CHARLIER a communiqué à la Société d'hygiène un nouvel appareil imaginé en collaboration avec M. NICHOLSON.

Il se compose de trois parties : un bandage de corps ; une bande de toile destinée à comprimer le fragment interne ; un carré de toile destiné à immobiliser et à soutenir le bras.

1° Le bandage de corps mesure 25 centimètres de hauteur, il est formé de deux épaisseurs de bonne toile et muni de quatre baleines (deux en avant, deux en arrière) qui l'empêchent de se rouler sur lui-même. Le milieu en est appliqué sur le sternum. Les extrémités avoisinent la partie postérieure des côtes. Trois cordons plats résistants les continuent. On les croise, on les fait passer sous l'aisselle et on les ramène en avant pour les nouer deux à deux. Le bandage est ainsi fixé solidement autour du tronc le plus haut possible.

2° La bande de toile, large de trois travers de doigt environ, qui doit appuyer sur le fragment interne de la clavicule, s'attache au bord supérieur du bandage en arrière, vers le milieu du dos, par un point de couture ou par une ou deux épingles anglaises. On le fixe de même au niveau du sternum (en interposant un tampon d'ouate ou quelques épaisseurs de linge fin entre cette bande et la clavicule).

3° La troisième pièce est un grand carré de toile. On le fixe par l'un de ses bords au bord supérieur du bandage. Il tombe devant le corps à la façon d'un tablier. L'une de ses extrémités se trouve sous l'aisselle du côté blessé ; l'autre ne dépasse pas le mamelon du côté opposé.

Quand il est fixé, saisissant son bord axillaire, on lui fait contourner la face externe du bras placé dans une position convenable, on le ramène sur le devant de la poitrine, et on le fixe au bandage de corps en dedans du bras.

On replie ensuite sa partie inférieure pour lui faire embrasser et soutenir l'avant-bras et on l'attache sur la bande qui comprime le fragment interne de la clavicule.

Si la position du bras a été bien choisie, on obtient ainsi l'écartement de l'épaule en haut, en dehors et en arrière. De plus, le poids du bras concourt par l'intermédiaire de la bande à abaisser le fragment interne de la clavicule.

Cet appareil donne des résultats thérapeutiques parfaits. Il permet de masser et de mobiliser l'épaule. Dans le cas ainsi traité, la déformation est peu considérable, il n'y a pas d'atrophie de l'épaule, enfin son application n'est nullement pénible. et sa confection est facile à faire dans chaque famille.

(*Journ. d'Hyg.*, 25 août 1901.)

La tachycardie des tuberculeux

La tachycardie est un symptôme fréquent chez les tuberculeux. Non-seulement elle apparaît à la faveur de la cachexie, mais elle peut se montrer aussi dès le début de l'infection, avant l'apparition d'aucun signe pulmonaire. M. Huchard a insisté sur ces formes de tuberculose à début tachycardique ; M. Faisans les a minutieusement décrites et a montré les dangers auxquels elles exposent les malades.

Dans quelques cas la cause de la tachycardie peut être reconnue : c'est, par exemple, une compression du pneumogastrique par des ganglions trachéobronchiques, une myocardite tuberculeuse, l'asystolie terminale des sujets atteints de phtisie fibreuse, la dilatation cardiaque liée aux troubles dyspeptiques du début de la tuberculose, une infiltration du corps thyroïde par des granulations tuberculeuses, ou encore la fièvre. Mais il est d'autre cas où la cause de ce symptôme est impossible à découvrir.

M. Plater (*Thér. Paris* 1901) a repris récemment l'étude de cette tachycardie.

Elle est précoce, modérée (80 à 100 pulsations par minute) ; elle se montre souvent quand les sujets sont au repos, étendus horizontalement ; elle existe presque toujours quand ils sont debout, surtout s'ils exécutent quelques mouvements. Ce pouls est remarquablement instable, contrairement à l'opinion de Wells et de Papillon. Toutes sortes de causes qui, chez des sujets sains, provoquent à peine une accélération du pouls, comme le repos, la marche, les émotions, l'usage du tabac, et même le travail cérébral ou le simple fait de se retourner dans le lit causent chez les tuberculeux des accès de tachycardie durable.

L'instabilité du pouls est en rapport, ainsi que E. Huchard l'a montré, avec l'hypotension artérielle que l'on observe fréquemment chez les tuberculeux au début.

La tachycardie précoce des tuberculeux constitue un élément important en vue du diagnostic qu'elle facilite et du pronostic qu'elle rend plus sévère.

La tachycardie des tuberculeux ne peut être traitée qu'autant que sa cause est connue. C'est en s'adressant à la myocardite, en fortifiant le cœur, en modérant l'excitabilité du système nerveux, en calmant la toux qu'on peut essayer d'agir. Mais les moyens thérapeutiques sont en général peu efficaces.

Ce dont il faut surtout bien se souvenir, c'est que la tachycardie indique souvent une forme érethique de la tuberculose, et que, par suite, il faut se garder d'une thérapeutique active (créosote, tanin, etc.), qui exposerait à des désastres, à une marche suraiguë avec poussées granuliques ou broncho pneumoniques, à des hémoptysies.

C'est la tachycardie qui règle l'exercice permis au tuberculeux ; au-dessous de 100 pulsations, on peut permettre quelques déplacements ; au-dessus de 100 pulsations, l'immobilité est de rigueur.

La tachycardie ne contre-indique pas la cure d'air : mais elle lui impose des limites : les climats les plus favorables sont ceux dont la température est régulière et douce ; on doit même éviter l'exposition directe au soleil.—E. L. M.

Quand sonder les prostatiques ?

Par le profes. POUSSON

Chez les prostatiques dont la vessie fortement distendue constitue avec les troubles de la miction la seule expression symptomatique de la maladie et dont la santé n'est pas altérée, le cathétérisme évacuateur peut être pratiqué immédiatement sans danger. Par contre chez ceux qui ont pâli, maigri et perdu leurs forces, qui n'ayant plus d'appétit sont tourmentés par des troubles dyspeptiques gastro-intestinaux, l'évacuation de la vessie doit être différée, et chez certains même à jamais interdite. Avant de s'occuper de leur rétention d'urine, il faut, par le régime lacté mitigé, par une médication tonique et réparatrice dissiper les atteintes initiales de l'empoisonnement urinaire et restaurer les forces vitales. Que si sous cette influence la santé s'améliore et que les fonctions digestives en particulier se rétablissent, on pourra intervenir par les sondages avec grandes chances de succès. Dans le cas contraire mieux vaudra s'abstenir que de s'exposer à rompre l'équilibre de la santé des malades qui, abandonnés à eux-mêmes, peuvent encore vivre un certain temps.

RÉPRODUCTION

L'éclampsie et l'éclampsie.--Pathogénie et traitement.

Messieurs,

Nous venons d'avoir dans nos salles, une femme âgée de 40 ans, primipare (du moins obstétricalement, n'ayant eu auparavant qu'une fausse couche de 3 mois), entrée le 4 septembre au huitième mois de sa grossesse. Elle se plaignait de céphalée intense, de trouble de la vue allant jusqu'à l'amaurose presque complète; elle était agitée de petites secousses convulsives et de tremblement fibrillaire dans les mains, et présentait de l'œdème des paupières. Les urines étaient très chargées d'albumine (7 gr. par litre).

En présence de tels symptômes, on la soumit au traitement d'usage: lavements purgatifs, ingestion de laxatifs, administration du chloral. Le surlendemain, elle entra en travail; les contractions étaient douloureuses; la dilatation atteignait seulement 2 centimètres; les bruits du cœur du fœtus étaient bons. La malade était agitée et elle ne tarda pas à avoir une première attaque d'éclampsie en dépit des soins préalables et du régime lacté auquel elle était soumise. On lui fit immédiatement une saignée de 400 gr. et quelques inhalations de chloroforme. Elle fut l'objet d'une étroite surveillance, ainsi que l'exige toute femme en état de mal éclamptique. Lorsque la dilatation fut complète, le forceps fut appliqué et un enfant du poids de 1.720 gr. extrait. J'insisterai tout à l'heure sur la nécessité, chez l'éclamptique, de terminer rapidement l'accouchement. Dès lors, l'état général de la femme devint meilleur. La délivrance avait été spontanée, sans hémorrhagie. La température oscillait entre 37° et 36,5. Le pronostic était donc favorable.

Or, dans la nuit du 5 au 6 septembre, elle est reprise d'un accès convulsif. On revient alors aux lavements purgatifs; on pratique le gavage avec du lait par l'orifice nasal en raison du trismus. La malade se calme, tombe dans un état sub-comateux. Cette nuit, elle a eu cinq attaques convulsives. C'est un cas intéressant, surtout pour le pronostic. Evidemment, il est plutôt favorable. Mais il faut être réservé à cause des complications possibles. C'est ce que nous allons voir, en étudiant l'histoire clinique de l'éclampsie.

Habituellement, cette affection présente plusieurs périodes distinctes. Elle est précédée de prodromes : céphalalgie, troubles visuels, douleur violente au creux épigastrique, agitation souvent considérable. Puis l'attaque commence. D'abord ce sont de simples mouvements convulsifs de la face, caractérisés par du clignement des paupières, la rotation des globes oculaires en haut, du grimacement, puis du tremblement de la tête et des membres. Cette période, dite d'invasion, dure quelques secondes. C'est précisément à ce moment qu'il faut donner le chloroforme pour faire avorter presque à coup sûr la crise. La femme tombe alors dans une sorte de torpeur et s'endort.

Si l'on est pas intervenu ou si le traitement a échoué, on voit survenir la période de convulsions toniques ; celles-ci consistent en contractures généralisées à tout le corps immobilisé en arc de cercle ; la femme se cyanose et l'asphyxie est imminente ; cet état, fort grave, peut aboutir à la mort quand il se prolonge au-delà de sa durée ordinaire, qui est de dix à quinze secondes.

Puis les muscles se détendent et se contractent alternativement : c'est la période de convulsions cloniques. Elle peut durer depuis une demie ou une minute, jusqu'à vingt minutes (observation citée par Tarnier) ; dans ces derniers cas on peut admettre qu'il s'agit d'une série d'accès larvés subintrants.

Enfin, le système musculaire se relâche définitivement, une écume plus ou moins sanguinolente arrive à la bouche, et la malade entre dans la période de coma stertoreux.

Cette attaque diffère nettement de l'épilepsie par l'absence d'aura, de cri initial et de chute.

Il faut bien savoir qu'elle peut se renouveler au bout de quelques minutes. On peut en voir se succéder de 3 ou 4 à 29 ou 30 jusqu'à cent. Il est donc impossible de prévoir la fin d'une crise.

Telle est la marche la plus habituelle de l'éclampsie, mais je me hâte d'ajouter qu'il y a de fréquentes anomalies. Les attaques peuvent être larvées, réduites à quelques secousses convulsives. Mais vous arriverez facilement au diagnostic en vous basant sur l'état de grossesse, le plus souvent l'albuminurie, et les signes prodromiques que je vous ai indiqués. Il n'existe guère de sérieuses difficultés que lorsque la femme vous est présentée dans la période co.nateuse. On pourrait en effet, à la rigueur, songer à l'hémorragie cérébrale, à l'alcoolisme, au saturnisme, au diabète, mais ici encore vous vous tirerez d'affaire par une enquête un peu minutieuse,

en reconnaissant l'existence de la grossesse, et en recueillant d'utiles renseignements de l'analyse des urines et des commémoratifs que pourront vous fournir les personnes de l'entourage de la malade.

En somme, vous avez à vous occuper surtout du pronostic. Celui ci reposera sur la considération des éléments suivants : le pouls, la température, la respiration, l'analyse des urines, l'influence de l'attaque sur la durée du travail.

Il n'y a rien de fixe pour le pouls et la température, qui marchent de pair. Mais Burneville a montré que généralement la température augmente ou reste normale, à l'inverse de ce qui se passe dans l'urémie, où elle s'abaisse. Le thermomètre marque 37° 5, par exemple, parfois s'élève jusqu'à 40°. Plus l'hyperthermie est intense, plus le pronostic est grave. Du côté de la respiration, Bar a signalé l'augmentation du nombre des respirations.

Relativement aux urines, il y a un très grand intérêt à les examiner. Aussi, quand la vessie ne se vide pas naturellement, n'hésitez pas à sonder la femme. Vous recueillerez une quantité plus ou moins considérable de liquide, et par son analyse vous y constaterez l'absence ou la présence d'une proportion plus ou moins notable d'albumine. Eh bien, le pronostic est très mauvais quand il y a très peu d'urine, quelques gouttes à peine, c'est-à-dire quand la diurèse s'opère mal. Il est meilleur quand les urines sont abondantes. D'autre part, il est d'autant plus grave que les urines renferment une plus grande quantité d'albumine. Il faut savoir que celle ci peut faire défaut dans certains cas d'*éclampsie*.

Enfin lorsque l'attaque survient vers la fin de la grossesse, il est intéressant de savoir qu'il en résulte une accélération du travail. Ainsi chez notre malade, âgée de 40 ans. primipare, on pouvait s'attendre à un accouchement lent; vous l'avez vue au contraire accoucher rapidement; cette influence de l'éclampsie sur la marche du travail est très nette et très importante à connaître. Chaque fois que vous verrez une attaque survenir chez une femme au début du travail, ne la quittez plus, car d'un moment à l'autre, au bout d'une demi-heure tout au plus, la tête, s'il s'agit d'une présentation du sommet, sera descendue à la vulve, au moins dans un très grand nombre de cas.

En somme, les attaques éclamptiques peuvent apparaître soit pendant la grossesse, soit au moment du travail, soit enfin après les couches; cette dernière variété, ou *éclampsie post-partum*, est de toutes la plus grave.

Nous sommes encore aujourd'hui incomplètement fixés sur la nature

et la pathogénie de cette affection. Toutefois, nous sommes fort loin de la conception des anciens regardant l'éclampsie comme une névrose convulsive; les notions d'auto-intoxication, introduites dans la science dans la seconde partie du siècle écoulé, ont servi à expliquer le mécanisme de cet état morbide; il a été attribué à un empoisonnement de l'organisme par rétention des produits excrémentiels: on a invoqué successivement l'urémie, l'urinémié, l'ammoniémie, etc. Qu'y a-t-il de vrai dans ces théories?

Les phénomènes d'auto-intoxication sont bien connus depuis les travaux de Bouchard. En ce qui concerne particulièrement la grossesse, il a été bien établi que cet état s'accompagne, dans un certain nombre de cas d'élimination incomplète des déchets de la nutrition. Ce fait n'est pas douteux, mais sa cause exacte est difficile à élucider. L'hypothèse la plus plausible consiste à invoquer le mauvais fonctionnement du foie, le grand destructeur, à l'état physiologique, des poisons de l'organisme; un fait qui confirme cette manière de voir, c'est une dégénérescence graisseuse particulière du foie, signalée par Tarnier chez les femmes enceintes. On peut supposer, en effet, que cette insuffisance hépatique, qui, dans les circonstances normales, se traduit par les troubles si variés symptomatiques de la grossesse, dépasse dans certains cas la mesure: il y a alors une auto-intoxication d'origine hépatique. Il se produit consécutivement une insuffisance rénale qui est une nouvelle cause d'intoxication.

Peut-être y a-t-il aussi, dans quelques cas, ainsi que le soutient Fehling, intoxication de la mère par le fœtus. Il y aurait, dans ce cas, intérêt à terminer la grossesse le plus promptement possible.

L'*éclampsie*, d'après Bar, est cette maladie qui résulte de l'auto-intoxication de la femme enceinte; elle se traduit par des attaques, par des troubles variés de l'organisme; l'albuminurie peut faire défaut si le rein est peu intéressé ou par suite de la nature de l'albumine. L'auto-intoxication n'en existe pas moins. Cette théorie explique non seulement les attaques convulsives, mais le malaise général, les œdèmes, etc. On a même voulu y voir la pathogénie des vomissements incoercibles.

Voici donc comment la maladie évolue: d'abord ce sont des troubles vagues, des maux de tête, du trouble de la vue, etc., puis la céphalée devient gravative, la cécité est presque complète;—on voit des femmes se plaindre de n'y plus voir clair et quelques secondes plus tard éclate l'éclampsie. — Les malades ressentent une violente douleur épigastrique signalée par Chaussier; elles ont de l'insomnie, du sub-délirium, des épistaxis, des vomissements; puis la crise survient. On reconnaît assez facilement ces

prodromes avec l'habitude, et l'on peut souvent enrayer leur progression en instituant immédiatement le régime.

Je ne saurais vous fournir de statistique, personnellement, sur la mortalité dans l'éclampsie ; toujours est-il que si beaucoup de femmes meurent, un certain nombre heureusement guérissent. Vous pouvez voir les attaques survenues dans le cours de la grossesse cesser sans qu'on sache trop pourquoi. L'enfant peut rester vivant. Plus souvent il succombe et 8 ou 15 jours, ou un mois plus tard, la femme expulse un fœtus macéré. Enfin l'éclampsie peut guérir après l'accouchement, mais il faut se défier de cette formule courante, de ce " dicton " d'après lequel une femme éclamptique qui a accouché a les plus grandes chances de guérir. Le docteur Michel est arrivé à conclure, dans sa thèse, qu'il ne fallait pas provoquer l'accouchement prématuré dans l'éclampsie, précisément parce que dans la moitié des cas les attaques continuent après l'accouchement. Mais elles peuvent encore guérir pendant les suites de couches.

La mort peut survenir à toutes les périodes, soit pendant l'attaque elle-même, soit par complication d'ictère grave ; on a trouvé à l'autopsie des hémorrhagies bulbaires et cérébrales.

Quand l'éclamptique guérit, elle conserve souvent de l'amnésie, des troubles mentaux aboutissant parfois à la manie. C'est ce qui rend le pronostic de cette affection extrêmement grave, et il faut être très réservé à cet égard. Je vais essayer cependant de vous indiquer quelques formules générales.

La quantité des urines émises dans les 24 heures est, je vous l'ai dit, un élément précieux à ce point de vue. Pour le mettre à profit, il faut tâcher de recueillir, sans perte, la totalité de la sécrétion. Bar a trouvé dans l'emploi du bleu de méthylène en injection sous-cutanée un moyen d'évaluer le degré d'imperméabilité rénale ; ce procédé, il est vrai, ne peut être généralisé.

Plus la température s'élève, plus les attaques se rapprochent et se multiplient, plus le pronostic est mauvais.

Le pronostic dépend aussi dans une certaine mesure de l'état de santé ou de mort du fœtus. On admet que la guérison est plus probable quand il est mort. C'est vrai dans un grand nombre de cas.

Relativement à l'époque où la maladie éclate, une statistique de Tarnier établit qu'elle est moins grave pendant la grossesse que pendant le travail, moins encore pendant celui-ci que dans le *post-partum*.

Enfin l'existence des complications d'ictère grave, d'accès asphyxiques, feront craindre une issue fatale. Dans cette dernière circonstance, il faut pratiquer sans retard la respiration artificielle qui peut rendre d'immenses services, ainsi que j'en ai vu un exemple remarquable à la Maternité. Je vous conseille de faire l'inversion du corps et d'appliquer le procédé de Sylvestre. On pourrait adjoindre à ces manœuvres les tractions rythmées de la langue que nous possédons aujourd'hui.

Il faut se souvenir que la possibilité d'une hémorrhagie des centres nerveux survenant subitement et sans signes avant-coureurs, rend le pronostic absolument incertain. L'éclampsie est une maladie à surprises.

Je vais maintenant vous parler du traitement. C'est un sujet parfaitement établi aujourd'hui. Il se divise en traitement prophylactique et curatif.

Le premier doit être institué non pas à la période prodromique de l'éclampsie, mais dès l'apparition des premiers signes d'auto-intoxication, il consiste dans le régime lacté absolu, qu'il faut prescrire sans réserve, la moindre infraction exposant à l'apparition des accès convulsifs. Ce régime sera continué pendant 8 jours; il met presque toujours les femmes qui le suivent scrupuleusement, à l'abri de la maladie. (Loi de Tarnier).

Il va sans dire que les autres moyens, les bains, les purgatifs, ne seront pas négligés, mais le lait doit être prescrit avant tout.

J'arrive au traitement curatif. Il est basé sur la théorie régnante de l'auto-intoxication. Faisons table rase des indications systématiques, telles que l'emploi exclusif du chloroforme, du chloral, des saignées poussées par Depaul jusqu'à 1.200 et 1.500 grammes. Ces méthodes échouaient souvent

Aujourd'hui, nous appliquons un traitement pathogénique, ayant pour but d'activer le fonctionnement des divers émonctoires. On est, par conséquent, revenu à la saignée, qui avait été négligée à un moment donné; mais on se borne à retirer aux femmes trois à quatre cents grammes de sang, pour éliminer les toxines. Puis on essaye de diluer le sang au moyen du gavage avec du lait. Quant la femme ne peut pas ouvrir la bouche, on introduit la sonde par les narines, et toutes les heures ou deux heures, on introduit par cette voie 150 à 200 grammes de lait. Cette médication a pour effet d'activer la diurèse.

Je dois vous parler aussi d'un autre moyen qui est employé dans le même but: ce sont les injections sous-cutanées et intra-veineuses de sérum. Mais c'est une méthode qui doit être rejetée chez les femmes ayant nette-

ment de l'urémie ou de l'urinémie : dans ces cas le sérum devient un poison dangereux ; par conséquent, son usage doit être très réservé et ne peut convenir réellement qu'à quelques cas tout à fait particuliers. Ces injections se pratiquent après une saignée ; on injecte une quantité de sérum équivalente à celle du sang retiré, soit de 200 à 400 gr.

Pour faire fonctionner l'émonctoire intestinal vous donnerez un grand lavement purgatif (séné et sulfate de soude) l'huile de ricin additionnée d'huile de croton, ou bien encore l'eau-de-vie allemande et le sirop de nerprun.

Bar a conseillé d'exciter la diurèse en plongeant la malade dans un grand bain chaud.

Le sang recueilli par la saignée sera inoculé à un animal et permettra, par la mesure de son degré de toxicité, de conclure dans un sens plus ou moins favorable. On sait qu'à l'état normal le sang humain est toxique à la dose de 100 centigr. par kilog. d'animal. Dans l'éclampsie, sa richesse en toxines augmente. Mais il est prouvé—c'est du moins l'avis général—qu'il ne renferme pas de microbes pathogènes.

À côté des agents thérapeutiques que nous venons d'énumérer, il en est d'un autre ordre qui consistent essentiellement à surveiller la femme en état d'éclampsie, et à l'entourer des "petits soins" nécessaires pour rendre ses attaques le moins douloureuses possible et pour éviter certains accidents auxquels elles peuvent donner lieu. C'est ainsi que vous vous opposerez aux morsures de la langue, parfois suivies d'hémorragies mortelles, en appliquant une compresse sur les arcades dentaires et en l'y maintenant fortement appuyée pendant toute la durée de l'attaque convulsive. Bref, il faut exercer une surveillance active et constante autour de l'éclamptique.

Un mot seulement du traitement obstétrical. On a beaucoup discuté la question de la provocation de l'accouchement prématuré. Il a semblé à beaucoup de personnes que puisque c'est la grossesse qui est cause de l'auto-intoxication, il fallait la terminer le plus rapidement possible, mais il est établi, vous ai-je dit, que l'éclampsie continue après l'expulsion du fœtus dans la moitié des cas. D'autre part, on sait aussi que la femme a des chances de guérir au cours de sa grossesse avec ou sans mort de l'enfant. Par conséquent, pourquoi provoquer le travail ou recourir, comme Albersmann l'a conseillé, à l'opération césarienne ? Toute intervention de ce genre est inutile, à mon avis, tant que la femme n'est pas en travail.

Nous savons du reste que l'éclampsie précipite en général la marche de ce dernier. Nous nous bornerons donc en pareil cas à l'expectation.

Mais il n'en est plus de même si le travail est commencé. Autant je rejettais énergiquement l'intervention tout à l'heure, autant je l'approuve et la conseille ici. En effet, les circonstances sont toutes différentes. La période de travail, par les causes multiples d'excitation qu'elle engendre, au niveau du col,—toucher, contractions utérines,—peut aggraver singulièrement la crise, augmenter le nombre des attaques; nous savons que la mère peut guérir quand même; mais ici la vie de l'enfant est particulièrement menacée; il faut donc hâter le travail par tous les moyens dont on dispose: ballons dilatateurs, dilatation manuelle par la méthode de Bonnaire, etc.

En somme, si j'ai tenu à vous entretenir aujourd'hui de l'éclampsie, c'est surtout pour insister sur deux points capitaux de son traitement: d'une part, l'importance du régime lacté absolu et intégral; d'autre part, l'inutilité de l'intervention obstétricale avant le travail, la nécessité urgente, au contraire, d'une terminaison rapide de l'accouchement, lorsque l'attaque survient pendant cette période.

Valeur sémiologique jacksonienne dans le diagnostic topographique des lésions cérébrales.

M. PITRES.—Dans une communication récente, M. Dieulafoy a réuni un certain nombre d'observations qui semblent en désaccord avec la doctrine des localisations cérébrales.

Mais la lecture de l'observation de M. Dieulafoy, dans tous ses détails, montre que l'erreur de diagnostic faite chez son malade, résulte d'une interprétation erronée de la doctrine des localisations cérébrales; en effet, les lois de la localisation cérébrale ne s'appliquent pas aussi exactement aux crises d'épilepsie jacksonienne qu'aux paralysies flasques d'origine cérébrales.

Déjà de nombreuses restrictions ont été faites à cette doctrine au sujet des accès d'épilepsie. Les expérimentateurs ont montré qu'on pouvait provoquer des crises d'épilepsie partielle en excitant par l'électricité un point quelconque de l'écorce cérébrale; les médecins montrèrent aussi que l'épi-

lepsie partielle pouvait se produire en dehors de toute lésion localisée du cerveau, qu'elle pouvait être le résultat d'une intoxication, ou d'un phénomène réflexe.

Wernike, Nothnagel ont soutenu que l'épilepsie partielle indiquait un processus morbide dans le cerveau, mais ne permettait pas de diagnostiquer la nature, ni le siège de ce processus. C'était déjà l'opinion de Charcot qui avait cité un grand nombre d'exemples où l'épilepsie jacksonnienne ne correspondait pas à une lésion cérébrale localisée dans la zone motrice.

Les chirurgiens ont cru pendant plus longtemps que le médecin à l'absolu de la doctrine des localisations cérébrales appliquée à l'épilepsie partielle.

Cependant de nombreuses opérations leur ont montré que l'épilepsie partielle, ne présentait pas la même valeur au sujet de la localisation cérébrale que la paralysie.

A la suite de nombreuses opérations faites pour remédier à l'épilepsie partielle et n'ayant montré aucune lésion cérébrale, on a pensé que l'épilepsie pouvait tenir non à une véritable lésion, mais à une cause irritative locale, ou à un accès de pression intra-cérébrale, ce qui expliquerait que nombre d'opérations au cours desquelles on n'avait rien trouvé au niveau de la zone motrice, ont donné cependant un résultat thérapeutique appréciable.

Ainsi les faits négatifs, tels que celui qui a été rapporté par M. Dieulafoy, ne portent pas atteinte à la doctrine des localisations cérébrales, qui repose sur des observations nombreuses et bien établies.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE — D'une observation publiée à l'Académie M. Dieulafoy a conclu à la faillite de localisations cérébrales. C'est là une exagération ; il ne faut point demander à l'épilepsie partielle plus qu'elle ne peut nous apprendre au sujet des localisations

Il y a quelques années, on pensa que la doctrine des localisations était assez bien établie par les physiologistes et les cliniciens pour que l'observation d'une épilepsie localisée indiquât immédiatement une lésion du centre moteur correspondant. De nombreuses opérations pratiquées chez les épileptiques ont prouvé qu'il n'en était pas toujours ainsi. Dans un certain nombre de cas, on a trouvé des lésions voisines ou même distantes des zones motrices.

D'autre part, une lésion limitée de la zone motrice peut donner des phénomènes d'épilepsie étendue ou même généralisée. Une irritation dont

le point de départ même n'est pas dans le cerveau, mais siège dans la dure-mère, par exemple, peut encore entraîner des accès épileptiques.

C'est pourquoi la trépanation peut avoir un résultat favorable, alors même qu'il n'existe pas de tumeur opérable au niveau de la région motrice ; mais il faut pour cela que l'opération soit précoce et la trépanation largement faite. Un certain nombre d'opérations pratiquées dans ces conditions ont amené, d'une façon passagère ou définitive, la cessation de l'épilepsie partielle.

Dans l'observation de M. Dieulafoy, la tumeur n'existait pas au niveau de la zone motrice, mais elle en était voisine ; en outre, la région a paru saine à l'autopsie ; mais si l'on était intervenu chirurgicalement, on eût probablement trouvé cette région hyperémiée ou enflammée, ce qui est suffisant pour provoquer l'épilepsie. L'opération eût pu être utile en diminuant la compression cérébrale, en faisant cesser l'épilepsie et en laissant au traitement spécifique le temps d'agir.

Aussi, je ne puis accepter les conclusions de M. Dieulafoy, et je pense que la trépanation ne doit pas seulement s'appliquer aux cas où le diagnostic de localisation est certain, mais aussi à ceux dans lesquels il existe des signes de compression cérébrale.

Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.

Stérilisation des sondes en gomme

Le Dr Claudius, de Copenhague, vient d'exposer une nouvelle méthode extrêmement simple de stérilisation des sondes en gomme. On fait agir pendant deux minutes une solution concentrée de chlorure de sodium (400 grammes de sel par litre d'eau) portée à l'ébullition (110°) sur les sondes. Des expériences répétées jusqu'à vingt-quatre fois pour les mêmes instruments ne les ont aucunement altérés. La stérilisation était toujours complète, ce que démontrait des effets de culture après stérilisation de sondes préalablement infectées en dehors et en dedans ; mêmes les spores les plus résistantes étaient tuées après deux minutes d'ébullition, ce qui n'était pas le cas après quatre minutes d'autoclave à 115°.

Selon Claudius, c'est le manque de sels dissous qui fait que les instruments en gomme s'altèrent par l'ébullition. Le choix du ClNa est à recommander, parce qu'on l'a toujours à sa disposition et qu'il est le moins

irritant pour la muqueuse uréthrale. Il possède, en outre, l'avantage d'être presque aussi soluble à 0° qu'à 100°. Le refroidissement ne produit donc pas de précipitation de cristaux de sel sur les instruments. En les retirant de la solution concentrée en ébullition, on a qu'à les conserver dans de l'eau boriquée.

(*Journal des praticiens.*)

Un nouveau procédé pour materniser le lait de vache.

A. ROMANOV se sert d'un procédé qui vise surtout à obtenir un liquide alimentaire aussi riche en substances grasses que le lait de femme. A cet effet il fait bouillir dans l'appareil de Soxhlet, pendant dix minutes, du lait de vache fraîchement trait et coupé, par moitié, de décoction d'orge additionnée de 40% de sucre. Les flacons de 180 gr. du mélange en question sont, après ébullition, placés sur de la glace pendant deux à trois heures. Au bout de ce temps immédiatement avant de donner à téter à l'enfant, on aspire, au moyen d'un siphon dont le tube est plongé jusqu'au fond du récipient, la moitié inférieure du lait contenu dans le vase, en laissant seulement la portion supérieure de ce liquide, trois ou quatre fois plus riche en substance grasse et qui, seule, est donnée à l'enfant, après avoir été rechauffée.

Extraction des corps étrangers du conduit auditif par aspiration.

Dr Cuche de Lure indique, pour extraire les corps étrangers du conduit auditif, un moyen simple et inoffensif, qu'il décrit en ces termes.

Armez-vous d'un drain ordinaire de la longueur d'une cigarette non fénêtré et coupé perpendiculairement à son axe à chaque extrémité qu'il soit suffisamment rigide, avec un diamètre qui lui permette d'entrer aisément dans le conduit auditif, c'est le calibre le plus courant. Relevez le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, manœuvre classique; introduisez une des extrémités du drain jusqu'au contact du corps étranger dont vous aurez, au préalable, reconnu la présence; mettez l'autre extrémité

entre vos lèvres en ayant soin de ne point l'aplatir et aspirez de toute la force de vos poumons ; en même temps, en soutenant l'aspiration, rejetez la tête en arrière et, neuf fois sur dix, l'objet ventosé viendra, collé à l'autre extrémité du tube.

Pour rendre cette ventouse plus adhésive, préparez votre instrument à l'avance, en faisant tremper l'extrémité qui doit cueillir le corps étranger pendant quelque temps dans l'huile ou dans du pétrole ; le caoutchouc prendra une consistance plus molle, plus souple, plus visqueuse, et vous donnera une ventouse parfaite que vous pourrez employer, le cas échéant, avec le maximum de chances de succès.

Le moyen est simple et réussit toujours, si le corps étranger n'est pas fortement enfoncé et si on est possesseur de poumons solides.



LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, NOVEMBRE 1901.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec

A une assemblée du comité exécutif du Bureau provincial de médecine tenue à Québec le 26 du courant, il a été unanimement décidé que :

Considérant que les tribunaux n'ont pas maintenu les prétentions du Collège des Médecins, qui exige de tous les bénéficiaires de la loi Roy, que, pour avoir droit à la licence du collège, ils justifient, au préalable, de leur compétence à pratiquer la médecine, en subissant, avec succès, leur examen professionnel, devant le jury des examinateurs du Bureau médical ;

Et attendu que le Collège des médecins a épuisé toute la hiérarchie judiciaire de notre province, pour sauvegarder ce qu'il croit être les droits légaux de la profession et les intérêts du public, et que tous les tribunaux se sont prononcés contre cette prétention du Collège et l'ont condamné à des dommages-intérêts en faveur des requérants ;

1° que le Collège accorde sa licence, sans examen préalable, quant à leur qualification scientifique médicale, à tous ceux qui, jusqu'à présent, ont obtenu le bénéfice de la loi Pinault ou de la loi Roy, et feront la demande de cette licence au secrétaire en déposant les honoraires requis ;

2° Que le Collège s'adresse le plus tôt possible à la Législature, pour faire amender sa charte et confirmer ses droits ;

3° Que les officiers du Collège se mettent en communication avec les officiers du Barreau, de la chambre des notaires, et des autres professions

incorporées, pour s'entendre sur les meilleures mesures à prendre, pour résister devant la Législature, à toutes les demandes de législation privée et d'exception, dont la passation constitue une véritable injustice envers tous ceux qui se sont conformés aux exigences de la loi organique.

Par ordre
C. R. PAQUIN, M. D.,
Secrétaire.

Société Médicale de Chicoutimi

Chicoutimi, le 27 octobre 1901.

La troisième convention des médecins des districts de Chicoutimi, Saguenay et Lac St-Jean a eu lieu à Chicoutimi le 27ème jour d'octobre 1901.

Présents, MM les Drs L. E. Beauchamp, Jules Constantin, Edmond Savard, E. A. Claveau, David Warren et A. Riverin.

La réunion eût lieu sous la présidence du Dr L. E. Beauchamp, président.

Lus les télégrammes du Dr Frs. Plourde et A. Poliquin ainsi que la lettre du Dr Talbot, s'excusant de ne pouvoir assister à la convention. Le Dr F. Myrand retenu auprès des malades, n'a pu également se rendre à notre réunion.

Proposé par le Dr Ed. Savard, secondé par le Dr Jules Constantin :
Que les mêmes officiers soient réélus. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr Ed. Savard, secondé par le Dr A. Riverin et approuvé unanimement :

Que des remerciements les plus sincères soient votés au Dr J. Constantin pour les services rendus aux membres de la profession médicale de ce district pendant les trois années qu'il nous a représentés au C. M. et C. P. Q.

Proposé par les mêmes et approuvé unanimement que les félicitations les plus sincères soient votées au Dr L. E. Beauchamp le nouveau titulaire, digne en tous points de la charge qui vient de lui être confiée.

Une plainte ayant été formulée à M. P. Mondou agent du C. M. et C. P. Q. contre un médecin non licencié, et n'ayant encore reçu aucune réponse de ce Monsieur, il a été proposé par le Dr A. Riverin et secondé par le Dr E. A. Claveau, que le Dr Edmond Savard soit chargé d'écrire au Dr C. R. Paquin, l'un des secrétaires du Collège, afin de savoir d'une manière défi-

nitive si oui ou non ces plaintes ont leur raison d'être. Adopté unanimement.

Après avoir discuté sur plusieurs cas de pratique, rapportés par les confrères présents, il a été décidé d'ajouter les articles suivants au tarif actuellement en force.

Les avortements seront considérés comme les accouchements ordinaires et s'il y a des extras ils seront également chargés.

Accouchement avec version	\$ 5.00
Examen vaginal.....	1.00
Lavements (Clystères).....	1.00
Amygdalotomie.....	4.00
Extraction de kyste.....	2.00
Opération du cancer de la lèvre.....	5.00

La prochaine réunion aura lieu à Roberval dans les premiers jours de février si possible.

Et l'assemblée est ajournée.

Société Médicale de Québec

Séance du mois d'octobre

Le rapport détaillé de cette séance est remis au mois de Décembre, pour raisons spéciales.

R. FORTIER,
Co Secrétaire.



DÉONTOLOGIE MÉDICALE.

CE QUE LE MÉDECIN DOIT AUX MALADES

(Suite)

Maladies Chroniques. La maladie chronique est le grand écueil du jeune médecin. Le malade a promené sa lésion de Docteurs en Docteurs et il a essayé de tous les traitements. Il est découragé, irrité, ingrat et c'est moins la confiance en vos ressources qu'un instinct de la conservation qui se raccroche à tout, qui le pousse chez vous. Pour capter cette confiance devenue rebelle, examinez le patient avec plus de soin que vos prédécesseurs, par des procédés autres, s'il se peut, et il ne vous restera plus après qu'à trouver des moyens différents de ceux déjà employés et à les appliquer avec persévérance et patience.

“ La patience, dit excellemment M. Dechambre est un fruit de l'expérience. Elle manque donc d'ordinaire au jeune médecin qui, ne connaissant pas ce qu'on peut appeler les mœurs des maladies, leur évolution spontanée, les variations dont elles sont susceptibles dans leur marche et leur terminaison, l'influence qu'elles reçoivent de l'âge, du sexe, de l'hérédité, de leur coexistence chez le même malade, ne compte jamais avec le temps et s'épuise en médications inutiles ou fâcheusement perturbatrices. Cet excès en amène un autre. Plus le traitement a été actif, agité et plus vite ils se dépitent en cas d'insuccès, plus d'ailleurs leurs ressources ont diminué et plus leur impuissance finale éclate aux yeux des familles. C'est la situation d'un commandant d'armée dont la fougue inopportune gêne tout, dont la patience expérimentée, en sachant prévenir et attendre aurait pu porter un coup décisif. ”

Maladies incurables.—N'abandonnez pas les incurables : où il ne lui est plus possible de guérir, le médecin a pour devoir de soulager, d'encourager et de soutenir, et une bonne parole est pour certaines plaies le meilleur des onguents.

Le Docteur X.....entre par hasard dans une maison en larmes : on lui dit que l'enfant est mourant de pneumonie, le médecin traitant a même

annoncé qu'il ne reviendrait plus !—Le cas ne lui paraît pas si désespéré qu'on le dit. Le dicton : aussi longtemps qu'il y a vie il y a espoir, est surtout vrai pour la première enfance où le ressort vital a parfois de surprenantes élasticités ; on ne risque rien d'essayer.....et au bout de quelques jours d'une médication énergique, le petit abandonné est sauvé ! Il est inutile d'insister sur les sentiments que les parents doivent éprouver à l'égard du premier et du second médecin !

Maladies chirurgicales. Certaines opérations sanglantes doivent se faire sur le champ, sans tergiversations, toute perte de temps représentant une chance de salut qui s'envole. Pour d'autres interventions, qui ne présentent pas ce caractère d'urgence, il convient d'attendre le *moment d'élection*.

Enfin, dans un grand nombre d'affections chirurgicales, cette question se pose : Vaut-il mieux opérer ou n'opérer pas ?—Voulez-vous une règle de conduite sûre, infailible ? Mettez à la place du patient la personne qui vous est la plus chère au monde et dites vous : si elle était atteinte de ce mal, que lui conseillerais je ?—En ne décidant pas pour un indifférent autrement que vous ne feriez pour elle, vous serez bien sûr de donner toujours votre meilleur conseil, le seul qui faille jamais donner.

Voici un cancer de la matrice, dont l'évolution moyenne est de dix-huit mois. Le mal est au début, supposons que l'hystérectomie offre des chances de guérison et de mort immédiate à peu près égales, s'abstenir c'est se prononcer pour une agonie de 18 mois dans les souffrances atroces et l'on comprend que la femme accepte une intervention qui peut la sauver mais aussi la tuer tout de suite. C'est sa vie qu'elle joue sur un coup de dé. C'est à elle—pas à vous—d'en décider, et vous n'avez le droit ni de la tromper sur l'importance de l'enjeu, ni de peser sur sa résolution.

J'ai accompagné un jour en Hollande mon excellent collègue et ami M. Debaisieux pour l'assister dans une ovariectomie. Pendant qu'on préparait la table à opération et l'appareil instrumental, mon collègue me demanda d'examiner la malade que je ne connaissais pas. Je fus frappé de la flexibilité de la paroi abdominale : or, sur une tumeur qui grossit, la peau est toujours tendue, que se passait-il donc ? la malade m'apprit que quinze jours auparavant dans le but d'analyser le liquide, le médecin avait ponctionné le kyste avec une seringue de Pravaz. Je reviens près de mon collègue, qui ignorait ce détail et je lui dis : Rengainons notre outillage et reprenons le premier train de retour.

— Pourquoi donc ? — Parce que la poche kystique se vide goutte à goutte dans un péritoine complaisant qui résorbe le liquide.

— Mais l'opération se présente si bien, le kyste est uniloculaire, son adhérence est nulle et la patiente est prête ! — sans doute, mais la meilleure ovariectomie peut tourner mal ; dans le cas actuel, le kyste occasionne à peine de la gêne ; il diminue rapidement, et je citai un exemple où à la suite d'une éraillure accidentelle comme celle-ci, je l'avais vu se réduire à presque rien. Et après mûres délibérations, considérant que dans ces conditions, s'il s'agissait de notre sœur ou de notre femme ou de notre mère nous ne lui ferions pas courir même un léger risque inutile, nous nous retirâmes sans avoir exécuté l'opération... à laquelle du reste la principale intéressée ne tenait plus du tout depuis qu'elle la savait évitable.

Et qu'est-il arrivé ? Quelques mois plus tard la poche kystique s'était presque complètement effacée. Ne se développera-t-elle plus ? C'est une autre question qu'il sera encore temps d'examiner si elle se repose.

Nous avons risqué l'ennui de devoir retourner en Hollande un jour..., mais notre malade n'a rien risqué du tout !

Responsabilités. Le diplôme entériné qui vous permet de pratiquer ne couvre votre responsabilité devant les tribunaux qu'en partie ; vis-à-vis de votre conscience il la laisse tout entière.

Vous avez apporté la fièvre puerpérale dans une maison et, faisant un retour sur vous-mêmes, il vous vient des doutes sur le soin avec lequel vous avez désinfecté vos instruments ou vos mains. Dormirez vous tranquilles et, si une faute a été commise le poids de ce remords ne pèsera-t-il pas sur toute votre vie.

Il n'y a pas encore bien longtemps, en Allemagne, un blessé contracte une septicémie et meurt. La famille intente au médecin un procès en dommages-intérêts, au cours duquel il est démontré que les précautions anti-septiques aujourd'hui en usage n'ont pas été prises, et, attendu que le médecin a fait preuve ou de négligence ou d'ignorance et qu'il est coupable dans un cas comme dans l'autre, le tribunal le condamne à payer une pension à la veuve. C'est si juste que cette jurisprudence doit fatalement s'établir et s'étendre.

“ Tout fait quelconque de l'homme qui a causé à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer (Code Civil Art 1382.)

“ Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais par son imprudence ou sa négligence (art. 1383.)

“S’il n’est résulté du *défaut d’adresse* ou de *précaution*, que des blessures ou des coups, l’emprisonnement sera de dix jours à deux mois et l’amende de 16 à 100 fr. (art. 520).

“*Imprudence, négligence, maladresse, inattention des règlements*, tels sont, dit M. Dechambre les fautes dont le médecin peut avoir à porter la responsabilité en justice.” Et il ajoute que, au civil comme au criminel *l’impéritie, la faute lourde du médecin, l’ignorance des choses qu’il doit nécessairement savoir*, ont paru à la Cour suprême suffisantes pour motiver des condamnations, bien que ces mots ne se trouvent pas dans les articles précités.

Mais mieux que dans tous les articles du Code, c’est dans la conscience du médecin que le malade doit trouver les garanties efficaces de la protection sérieuse. Son honneur et sa probité répondent des dépôts sacrés remis entre ses mains !

Prudence.—Le médecin doit être prudent dans ses paroles comme dans ses actions, et circonspect dans la recherche des causes comme dans le diagnostic, dans le pronostic comme dans le traitement.

Vous découvrez la syphilis chez le mari avertissez-le des dangers qu’il fait courir à sa femme, mais que celle-ci ne soupçonne rien de votre faute !..... Ce serait un ménage gâté !

Une dame donc se présente à votre cabinet avec son mari; ils n’ont jamais eu d’enfants, vous disent-ils, et à l’examen vous découvrez les signes non équivoques d’un accouchementantérieur au mariage ? Faut-il vous récrier ? Gardez-vous en bien ! Mais si vous avez l’occasion d’avoir un entretien particulier avec la dame, laissez lui entendre que vous au moins, vous n’êtes pas dupe

Ne prononcez jamais les mots de scrofule ou de vérole, ils sonnent trop mal, et n’employez ceux de phtisie ou de cancer qu’à votre corps défendant, il y a tant d’euphémismes, désignant ces affections assez clairement pour qu’on ne puisse pas vous soupçonner de les avoir méconnues.

Ne vous prononcez sur la marche et la terminaison d’une maladie que si vous en êtes absolument sûr.

Une prédiction qui se réalise vous pose en prophète, sans doute, mais le démenti en bien ou en mal, que vous apporteraient les faits, pourrait ruiner à jamais votre crédit.

Prenez garde aux médicaments acifs. Un médecin prescrit un jour du *deutochlorure* pour du *protochlorure de mercure* et sa bévue cause la mort d’un enfant. Il a été condamné avec autant de justice que le sont les phar.

maciens qui délivrent du sel d'oseille pour du sel anglais. J'ai prescrit moi-même un jour, 30 grammes d'essence de fleur d'oranger, plus qu'on n'en aurait pu trouver dans toutes les officines de la ville! Le pharmacien m'en prévint charitablement, mais voyez le tort qu'il pourrait faire à un jeune médecin..... qui ne sait pas même prescrire l'eau de fleur d'oranger. Relisez toujours très attentivement vos ordonnances et ne lâchez pas des grammes pour des grains.

J'aborde un sujet plus délicat, l'extrême prudence que réclame la médecine des femmes. Je ne puis que l'effleurer. La femme moderne se caractérise d'après M. Dechambre, " par la faiblesse physique, l'excès de sensibilité, une sagacité qui devine plus qu'elle n'approfondit, la vivacité de l'imagination, la chaleur et la mobilité des facultés affectives." Les êtres ainsi doués sont plus accessibles par le sentiment que par la logique et doivent être menés par le cœur plutôt que par la raison. Là est le danger. Le médecin trouve dans la femme des sympathies profondes ou des antipathies féroces, des amitiés dévouées ou des inimitiés raffinées; il est difficilement à moitié bien ou mal avec elle: c'est tout ou rien! La nature des rapports amène vite l'intimité, et la femme s'attache bientôt à l'homme de l'art pour lequel elle n'a plus de secret. Pour peu qu'elle ait à se plaindre de son mari, la pente devient glissante, et il arrive que ses sentiments affectueux inoccupés soient enclins à passer les limites permises. Au premier symptôme de cette parexie morale il faut opposer les réfrigérants d'une réserve attentive et sévère, et reculer pour empêcher qu'on avance. Je me suis toujours figuré que si le bon Joseph de la Bible n'avait pas commis quelque imprudence, la femme de Putiphar n'aurait pas essayé de lui prendre son manteau.

Les hystériques sont particulièrement difficiles et dangereuses à manier. Tel est l'artifice d'un certain nombre de femmes, dit Max Simon, telle est leur habileté à mentir les accidents hystériques, que les médecins les plus sagaces et les plus probes tout à la fois, qui répugneraient d'exploiter à leur profit cette pathologie lucrative, sont souvent dupes de cette comédie morbide. Tant qu'ils doutent, ils doivent combattre sérieusement le mal dont ils ont au moins les symptômes sous les yeux, mais, si le masque tombe au milieu de la pièce, le devoir leur défend de servir de comparses à des héroïnes de boudoir..... Ces accidents après avoir été simulés..... peuvent finir par dominer la volonté elle-même et créer une sorte d'habitude pathologique. Le médecin qui se laisse prendre au

jeu de ces spasmes étudiés, contribue par ses soins à convertir en une action réelle cette mascarade nerveuse.”

Rappelez-vous Sydenham coupant net une épidémie de crises convulsives sévissant dans un pensionnat de jeunes filles, en annonçant que la première qui se permettrait encore des spasmes serait fessée en public.

L'exploration des organes génitaux est toujours délicate et il n'en est pas qui réclame plus de discrétion, de réserve et de tact. Elle n'est légitime que pour autant qu'elle est absolument nécessaire. Proposez-la carrément comme la chose la plus ordinaire, sans ambages ni circonlocutions. Les femmes raisonnables comprenant la nécessité de cet examen, s'y soumettent sans difficultés. Défiez-vous de celles qui s'y prêtent trop facilement.

La présence d'un tiers met tout le monde à l'aise, et coupe les ailes à la calomnie. “ On objecte à mon speculum, dit Marion Sims, de nécessiter pour son application l'assistance d'une troisième personne, s'il n'avait une valeur réelle il n'y aurait pas de meilleure raison pour se faire adopter universellement. J'insiste pour qu'une troisième personne soit toujours présente en ces occasions. La délicatesse et la bienséance le requièrent, et l'opinion publique doit l'exiger !!!

Certaines femmes désirent parfois remettre l'exploration à une prochaine visite, habituellement pour des raisons de toilette de dessous que vous ne devez pas avoir l'air de soupçonner. Si vous pouvez accorder le délai, vous ne devez pas accepter ce refus formel : il est blessant. Renvoyez à d'autre la femme qui, persistante à une chose jugée par vous indispensable, vous témoigne une méfiance que votre dignité ne peut tolérer.

Vous recevez dans votre cabinet des jeunes filles, des veuves, et des femmes mariées qui vous demanderont avec ou sans périphrases, de les faire avorter. Les mettre à la porte est assurément le moyen le plus simple de ne s'attirer aucun désagrément, mais ce n'est pas remplir son devoir. A mon avis, il faut combattre l'idée criminelle et montrer les dangers de l'avortement, qui peut entraîner la mort ou conduire en Cour d'Assise.

Si la femme insiste, menacez la de la dénoncer au Procureur du Roi ; elle ne sait pas que vous êtes lié par le secret professionnel, et la menace l'empêchera peut-être d'aller se faire avorter ailleurs.

Pouvez-vous feindre d'entrer dans ses vues et, dans l'espoir de gagner du temps ou d'obtenir un changement de résolution, prescrire comme certaines autorités l'ont conseillé des remèdes inoffensifs ? J'estime qu'il faut bien vous en garder : vous avez votre honneur à tenir hors d'atteinte, et,

si la fausse couche survenait spontanément il serait compromis parce qu'on pourrait vous attribuer le succès de l'affaire.

La *Discrétion* est une forme de la prudence, de la justice et de la charité. Vous trouveriez fort mauvais qu'on ébruitât vos secrets ; sachez donc tenir ceux des autres ! Blâmable partout, l'*indiscrétion* est odieuse chez le médecin ; c'est une trahison compliquée d'abus de confiance et comme un vol domestique ! Le secret vous est commandé par le Code civil, dans les limites qui vous ont été indiquées dans le cours de médecine légale—et par un code plus étroit et plus sévère encore, celui de la probité et de l'honneur professionnel.

Ce que vous avez appris dans l'exercice de votre art qu'on vous l'a confié ou que vous l'avez surpris, est sacré, et aucune considération d'intérêt privé ou public ne peut vous le faire divulguer. Le prêtre n'est pas tenu à plus de réserve que le médecin : il ne pénètre pas plus avant que lui dans la confiance intime des individus et des familles.

Nous examinerons plus loin quelques-unes des difficultés que le devoir du secret peut susciter.

Il arrive que tout votre savoir et tout votre dévouement ne soient pas reconnus : vous avez laborieusement semé le bien et c'est l'ingratitude que vous récoltez. Ne vous en étonnez ou ne vous en affligez pas outre mesure ; quelque ivraie se mêle toujours au bon grain et quelque amertume au fond des coupes. " Vous vous plaignez d'avoir rencontré un ingrat, dit quelque part Sénèque, si c'est le premier vous devez remercier la fortune ou votre prudence. "

" A regarder les choses de près, dit excellemment M. Dechambre, l'ingratitude proverbiale des malades n'est pas toujours si noire qu'on la fait. L'espèce ingrate est en effet diverse. Il y a l'ingrat grossier, celui qui manque de la délicatesse nécessaire pour élever son cœur à la hauteur de celui du médecin et ne voit dans les soins reçus que l'équivalent de son argent, on peut le rencontrer dans toutes les classes de la société, mais il appartient plus particulièrement à celle qui manque d'éducation. Il y a l'ingrat badaud, souvent infidèle, toujours reconnaissant ; celui-là est commun dans la haute classe des oisifs..... Quelques fois l'ingratitude n'est pas simulée, c'est quand l'expression du sentiment contraire aurait sur la bourse ou sur quelque intérêt d'un autre genre, des conséquences auxquelles on veut se soustraire. Enfin, il est à l'honneur du cœur humain, de nombreux cas où, contre des apparences que le médecin froissé interprète mal, une gratitude sincère et solide s'allie à l'infidélité, ce sont ceux dans

lesquels le changement de médecin est motivé par son insuccès persistant. Soyons justes envers les clients, si un médecin vous avait retiré de la rivière au moment où vous alliez vous noyer, et que, un peu plus tard votre enfant tombant gravement malade, ce médecin vous parût même à tort incapable de le bien soigner, n'en choisiriez-vous pas un autre qui vous inspirerait confiance? Assurément oui, vous le devriez à votre enfant. Eh bien, c'est l'image de ce qui arrive tous les jours dans des familles de malades..... »

« Comment se comportera le médecin en pareille circonstance? S'il a fait son devoir, s'il n'a pas échoué par sa faute ou s'il a fait un bien qu'on méconnaît, l'assentiment de sa conscience lui suffira Il doit accepter l'adjonction de tout confrère honorable; se retirer devant celle d'un confrère indigne d'estime, et sa retraite ne doit être que provisoire si la confiance de la famille, un moment déviée plutôt que disparue, l'appelle de nouveau. Je trouve excessive la susceptibilité de celui qui rompt à tout jamais avec une famille parce qu'elle a cru devoir préférer les soins d'un autre aux siens; il y a là-dessous un levain d'orgueil ou de jalousie. Un cas seulement peut justifier la rupture: celui où le changement a été dissimulé. Ce manque d'égard place le médecin dans une situation fautive, où sa bonne foi trompée l'expose à jouer un rôle ridicule; Il porte atteinte à sa dignité. Or, la dignité de la profession est faite de celle de tous les membres, et elle périrait si chacun faisait bon marché de la sienne.

L'ingratitude est une monstruosité et par conséquent, une exception. Attendez-vous cependant à rencontrer son hideux visage sur votre route et qu'un grossier personnage ne vous dégoûte pas de la politesse, ni un mauvais pauvre de la bienfaisance! Les marins dans la tempête promettent volontiers une hécatombe de bœufs à Jupiter et débarqués, lui sacrifient à peine un veau, et tel paysan vous offre toute sa récolte et, convalescent, une gerbe, guéri, vous ferait payer un radis! Mais, je le répète, à l'honneur de l'humanité, les cœurs d'où la reconnaissance fuit comme l'eau d'une outre trouée, sont rares; dans la plupart elle se conserve comme un vin généreux.

(A suivre)

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J.

SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 18, rue Hautefeuille, Paris).

M M. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'Externat* continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet : il faut classer les notions acquises et les adopter à un cadre déterminé.

Ces Conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées les divisions ont été multipliées à dessein pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'Anatomie et de Pathologie ; ils ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

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

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage

Matière médicale zoologique (Histoire des Drogues d'origine animale), par H. BEAUREGARD, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris, ancien assistant de la chaire d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, membre de la Société de biologie. Revisé par M. COURTIÈRE, professeur agrégé de l'École supérieure de pharmacie. Avec préface de M. D'ARSONVAL, professeur au Collège de France, membre de l'Institut.— 1 vol. in-8° carré de 424 pages, avec 4 planches en couleurs hors texte et 114 figures en noir. Prix, broché : 12 fr. —Ancienne librairie G. Carré et C. Naud, C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris—VIe.

Ce livre, qui condense les remarquables travaux du professeur Beauregard, est le plus complet que l'on ait écrit sur la matière médicale zoologique. Les recherches qui ont rempli la vie de Beauregard ont porté en grande partie sur ce sujet, elles ont contribué beaucoup à en éclaircir les points contestés. Nous signalerons particulièrement les chapitres ayant trait aux glandes odorantes des Mammifères, aux Cétacés et aux substances qui fournissent aux Insectes vésicants, auxquels il a été donné un développement que l'on ne trouvera nulle part ailleurs, comme partie zoologique, pharmacognosique et commerciale.

Les figures accompagnant le texte de ces chapitres sont de même entièrement originales, et pour la plupart inédites.

Ce livre trouvera certainement auprès des étudiants et des naturalistes l'accueil qu'il mérite, par sa parfaite documentation, la conscience et la clarté avec lesquelles il est écrit.

Aide-mémoire de petite chirurgie et de thérapeutique chirurgicale, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in-18, de 340 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Ballière et fils 19, rue Hautefeuille à Paris) 3 fr.

L'accueil favorable qu'a rencontré parmi les étudiants et les praticiens la collection des *Aide-mémoire de Lefert* imposait à l'auteur de tenir ses manuels au courant de tous les progrès de la science. Loin de se reposer sur les succès obtenus et de réimprimer sans changements ses manuels, il a tenu à les remanier chaque fois.

L'*Aide-mémoire de petite chirurgie*, qui ne formait qu'un appendice à l'*Aide-mémoire de clinique chirurgicale* dans les premières éditions, vient d'être publié en un volume spécial. C'est un ouvrage entièrement neuf.

Une première partie est consacrée à la *thérapeutique chirurgicale générale* : anesthésie, aseptie et antiseptie, pansements, bandages et appareils. La deuxième partie est réservée à la *petite chirurgie* proprement dite : traitement des plaies, émissions sanguines et ventouses, incisions, hémostase, cautérisation, évacuation des cavités séreuses, lavage de l'estomac, injection de sérum artificiel, instillation, tamponnement des cavités naturelles, vaccination, massages, petite chirurgie dentaire. Dans la troisième partie sont passées en revue les *opérations en particulier* : anaplastie lésionnaire, trachéotomie, tubage du larynx, opérations sur l'appareil urogénital, traitement de l'hydrocèle et des hernies.

Le volume se termine par le transport et le couchage des blessés.

Cet Aide-mémoire est au courant des progrès les plus récents de la chirurgie moderne.

En tête des préparations d'huile de foie de Morue on voit l'Émulsion Scott, en raison de sa permanence, de sa pureté, et parce qu'elle contient le plus d'huile avec le moins de goût.

Echantillons gratis

SCOTT & BOWNE, Chimistes

TORONTO