

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>La paratomie pratiquée trois fois chez la même personne dans l'espace de seize jours.—Kyste de l'ovaire, péritonite, occlusion intestinale, guérison</i> , par le Dr L. COYTEUX PRÉVOST, d'Ottawa.....	257
SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.	
(C. R. PAQUIN, M. D., secrétaire).....	269
FAIT CLINIQUE.	
<i>Absence congénitale des iris</i> , Dr JEHIN PRUME.....	273
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.	
<i>La pathogénie de la goutte</i> , (WADE, LUFF).....	274
<i>Le trinitrate d'érythrol dans l'angine de poitrine</i> , (BRADBURY).....	275
<i>La végétation adénoïde et la bronchite chronique</i> , (CHANMIER).....	276
<i>La constipation habituelle</i> , (EWALD).....	278
<i>Du point de côté chez les artério scléreux</i> , (WEBER).....	278
CHIRURGIE.	
<i>L'amputation de Symes.—Discussion à la Société de chirurgie</i> , (KIRMIS-SON, BERGER, LEDENTU, JALAGUIER).....	281
<i>L'extraction des corps étrangers du nez et des oreilles</i> , (LATRILLE).....	282
<i>La cystite et les calculs de la vessie</i> , (GUYON).....	284
<i>La chirurgie de l'empyème</i> , (RAFFERTY).....	287

(Voir la suite, page 3.)

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

LISTERINE

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

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses de toutes les régions, **La Listerine** occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés déséives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraîchissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la forme de gaz, d'éractions acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listerine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produira un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hæmaturie et irritation générale de la vessie.
 ☞ Pamphlets descriptifs envoyés à tous ceux qui en feront la demande.

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

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

En écrivant mentionnez le journal.

Dr J. LEDUC & Cie

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

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,
MONTREAL

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

POUR UN MOIS SEULEMENT AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

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

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

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

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

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

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

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

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

	PAGES
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>Ligature et pansement du cordon ombilical, (SCHWAB).....</i>	289
<i>Traitement rationnel des douleurs pelviennes, (BATUAUD).....</i>	292
<i>La dégénérescence maligne des fibromes est-elle fréquente ? (BATUAUD)....</i>	294
REVUE D'HYGIÈNE.	
<i>L'hygiène prophylactique.....</i>	297
<i>Le grand ménage du printemps et les mouches.....</i>	301
ART DENTAIRE.—(DUBEAU)	
<i>La carie dentaire.....</i>	302
FORMULAIRE.	
<i>Dysenterie.—Hémorroïdes.—Stomatite aphteuse.....</i>	306
<i>Broncho-pneumonie.—Catarrhe atrophique.—Ictère.—Diarrhée d'été.....</i>	307
BULLETIN MÉDICAL.	
<i>Le microbe de la calvitie.....</i>	308
COURRIER DES HOPITAUX.	
<i>Crèche de la Miséricorde.....</i>	310
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>Refonte des statuts du C. M. et C. P. Q., (Dr PAUL).....</i>	311
<i>Les garde-malades du jubilé.....</i>	314
<i>L'absence du médecin.....</i>	315
CHRONIQUE.....	
<i>L'Association Médicale Britannique.....</i>	317
BIBLIOGRAPHIE.....	
	319

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

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

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité
 A des prix très modérés. - - - - - **Discompte de 5% au comptant.**

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

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

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

H. J. CHAPMAN.

CAISSE de CHIRURGIE d'URGENCE

Cette caisse convient d'une façon toute particulière aux chirurgiens qui, habitant loin des grandes villes, doivent toujours avoir sous la main un arsenal suffisant pour parer aux cas pressants.

Sous un volume relativement restreint, (long 45⁷/₈", haut 17¹/₂", large 24¹/₂") elle contient une série d'instruments permettant de pratiquer toutes les opérations courantes de la chirurgie d'urgence, telles qu'*amputations, trachelotomie, extraction de projectiles et autres corps étrangers, ligatures d'artères, ponction de la vessie*, etc., etc.

De plus son ensemble permet de pratiquer une foule d'opérations courantes, car elle comprend, une série relativement complète de tranchants, des pinces hémostatiques en quantité suffisante, des instruments de petite chirurgie, etc. etc.



(Extrait de notre Catalogue Général illustré 1882.)

TRAVAUX ORIGINAUX

LAPAROTOMIE PRATIQUÉE TROIS FOIS CHEZ LA MÊME PERSONNE DANS L'ESPACE DE SEIZE JOURS.

Kyste de l'ovaire.—Péritonite.—Occlusion intestinale.—Guérison.

Par le Dr L. CORTÉUX PRÉVOST.

Malgré les succès toujours croissants dont s'applaudit à juste titre la chirurgie contemporaine, je persiste à considérer l'ouverture de l'abdomen comme un défi dont les conséquences sont toujours aléatoires, et si je devais jamais renoncer à la pratique de la chirurgie abdominale, ce serait, il me semble, pour ne plus avoir à subir les angoisses que me fait toujours éprouver l'approche du troisième jour qui suit la laparotomie. Quelles que soient les conditions pathologiques qui aient déterminé le chirurgien à pénétrer dans la cavité du péritoine, dès le réveil anesthésique l'opérée demeure exposée à une série d'accidents des plus redoutables. Durant les premières heures, c'est le shock opératoire, puis ensuite l'hémorragie due à l'insuffisance ou à la défectuosité des ligatures. Mais les surprises de ce genre deviennent de moins en moins à craindre à mesure que la technique opératoire se perfectionne. Il n'en est plus de même des complications qui surgissent aux alentours de la troisième journée. En dépit des précautions antiseptiques et aseptiques les plus rigoureuses, rien ne nous assure que quelques germes ne se sont pas faufileés sournoisement dans le champ opératoire. La malade alors, que nous avions laissée la veille dans l'état le plus rassurant, s'éveille le lendemain se plaignant d'un peu de douleur abdominale ; la température quelquefois s'élève ; le pouls s'accélère et atteint graduellement 100, 110, 120 pulsations ; les vomissements produits par l'anesthésie et qui avaient cessé à la fin du premier jour, reparaisent, verdâtres ; le ventre se météorise et avant que vingt-quatre heures se soient écoulées, l'aggravation des symptômes ne nous aura plus laissé aucun doute sur l'existence d'un empoisonnement septique, la plus formidable complication qui puisse accompagner le traumatisme de la grande séreuse péritonéale. Nous sommes désormais à la merci de deux facteurs, le plus souvent indépendants des moyens d'action que nous pouvons leur opposer, à savoir : le caractère plus ou moins virulent de l'agent septique et la plus ou moins grande résistance du terrain sur lequel il se développe.

Certes, nous ne sommes pas absolument désarmés ; mais nos ressources, en pareille occurrence, sont bien pauvres et bien impuissantes ! Les uns ont recours à l'opium, les autres aux purgatifs ; application de glace ou fomentations chaudes. Un point : c'est tout.

La terminaison généralement fatale des cas de ce genre a poussé les chirurgiens désespérés à recourir aux interventions les plus héroïques sans que leurs efforts aient été couronnés par un nombre de succès bien appréciable. Aussi se sont-ils résignés à demander à la prophylaxie ce que leur refuse si fréquemment la thérapeutique, en redoublant d'attention dans l'application des principes que nous enseigne la plus scrupuleuse aseptie.

Grâce à la religieuse observation de ces préceptes consacrés par l'expérience, j'ai eu la satisfaction d'éviter jusqu'ici ces dangereux accidents à la suite des opérations déjà nombreuses que j'ai pratiquées depuis quelques années. Malheureusement, il était écrit que je subirais comme les autres le baptême du feu ; je viens de le recevoir, et encore tout meurtri des tortures morales que j'ai endurées, je ne résiste pas au désir de publier l'observation du cas intéressant dont voici la relation :

Il s'agit d'une jeune femme, âgée de 24 ans, qui entra le 3 mars à mon hôpital particulier pour se faire opérer d'un petit kyste de l'ovaire droit, accompagné de rétroversion utérine. Mariée depuis deux ans, elle n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausse-couche. Elle se plaignait de dysménorrhée et surtout de pollakiurie. La digestion était laborieuse et depuis quelques temps l'amaigrissement était devenu considérable. Douleurs fréquentes dans l'aîne droite et dans les lombes, faiblesse générale. Pas d'antécédents tuberculeux.

L'utérus était en rétroversion, mobile, légèrement douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur, légèrement à droite, masse semi-fluctuante, de la grosseur d'une petite orange, sensible au toucher. Diagnostic : petit kyste de l'ovaire ou peut-être collection quelconque dans la trompe.

La malade fut éthérisée et durant l'examen qui précéda l'opération la petite tumeur située dans le Douglas disparut tout-à-coup. Evidemment, elle s'était rompue dans la cavité abdominale.

Pourvu que ce ne soit pas un pyosalpynx !

Je me hâtai de faire le curettage de l'utérus et j'ouvris ensuite l'abdomen. C'était bien un kyste de l'ovaire, crevé à sa partie postérieure. Il pouvait contenir à peu près deux onces de liquide. Pas d'adhérences. La poche fut enlevée rapidement, le pédicule ligaturé au catgut et rôti au thermo-cautère. Hystéropexie au moyen de deux crins de Florence.

L'abdomen renfermait un peu de sérosité sanguinolente provenant du kyste dont la cavité unique était tapissée par un épithélium absolument lisse.

L'opération fut pratiquée rapidement ; je commis même la faute de négliger la toilette minutieuse du péritoine. La compresse destinée à protéger l'intestin étant totalement imbibée, elle avait, sans doute, absorbé tout le liquide issu de l'ovaire, lequel du reste, devait être stérile comme il arrive dans l'immense majorité de ces kystes simples. J'étais, comme on le verra, dans la plus profonde erreur.

Tout se passa sans incidents remarquables durant les premiers jours qui suivirent l'opération.

Au commencement de la troisième journée, j'éprouvai une certaine inquiétude en constatant que le pouls était plus fréquent qu'il aurait dû être. La malade, en outre, se plaignait de douleur abdominale et vers quatre heures du soir, elle vomit un peu de bile.

Le lendemain, les vomissements devinrent plus fréquents, les autres symptômes demeurant les mêmes. Un lavement de glycérine fut suivi d'effet. Je fis administrer une dose de sulfate de magnésie et j'attribuai à ce médicament l'augmentation des douleurs qui survint dans le cours de la journée. Cependant la température s'éleva à 101 : le pouls dépassa 100 pulsations, le ventre parut légèrement météorisé et sensible à la pression. Était-ce le début de la péritonite ? Le contenu de ce malheureux kyste aurait-il été septique, par hasard ?

Je fis appliquer des sacs de glace sur l'abdomen ; des injections hypodermiques de strychnine furent pratiquées toutes les 3 heures ; je prescrivis le repos absolu et un sinapisme au creux épigastrique si les vomissements persistaient.

Le 10 mars (5ème jour) les symptômes s'étaient aggravés. La malade avait vomi toute la nuit, la face était anxieuse, le pouls battait à 110, la température se maintenait normale. Le météorisme avait augmenté ; les douleurs revenaient par paroxysmes et produisaient chaque fois des nausées, des vomissements et de l'accélération du pouls.

Evidemment, c'était bien la péritonite. Les accidents, il est vrai, n'offraient pas absolument le caractère de l'inflammation septique sur-aiguë du péritoine, telle que décrite un peu partout. Ainsi, on remarquait bien sur la figure de la malade une expression de langueur, de fatigue, mais elle ne présentait pas cet aspect de détresse, inoubliable pour celui qui en a été témoin une fois dans sa vie : traits tirés, nez pincé, respiration haletante. Le pouls, quoique fréquent, ne dépassait pas 120. L'abdomen était météorisé, mais pas uniformément tympanique. Il était douloureux à la pression, cependant l'examen ne provoquait pas cette sensibilité exquise, qui permet à peine le simple poids des couvertures : la malade supportait, sans se plaindre, deux lourds sacs remplis de glace. Pas de constipation : l'intestin avait été convenablement vidé par le lavement de glycérine. La température était normale quoique cependant, elle offrit une tendance à l'hypothermie.

Malgré l'absence de ces phénomènes cliniques dont on aurait tort, à mon avis, d'attendre la manifestation dans tous les cas pour juger la gravité de la situation, l'anxiété relative des traits, la douleur et la distension abdominale, la rapidité et la fréquence du pouls, surtout l'agitation de la malade et les vomissements incoercibles ne me laissaient aucun doute sur la présence de l'inflammation du péritoine. Cette péritonite devait être septique, et si les symptômes ne présentaient pas encore l'intensité de ceux que l'on observe dans les cas graves d'infection *post-opératoire*, ils ne tarderaient pas, suivant toutes probabilités, à devenir des plus alarmants.

Je pratiquai un examen vaginal et trouvai l'utérus en bonne position ; mais

le cul-de-sac postérieur était rempli par une masse rénitente dont la sensibilité au toucher ne me permit pas de déterminer exactement les caractères.

A 2 h. P. M., la malade fut étherisée de nouveau. Au moment de l'opération, elle vomissait incessamment, le pouls battait à 120, la température = 98.5.

Je erovai rapidement avec des ciseaux le cul-de-sac de Douglass et j'introduisis l'index dans la cavité péritonéale. La masse que j'avais perçue à l'examen était due à une anse intestinale largement dilatée. Pas de pus, pas de sang, pas de sérosité. Je laissai à demeure une bande de gaze iodoformée dans l'ouverture que je venais de pratiquer et me hâtai d'ouvrir l'abdomen en divisant les tissus le long de l'incision primitive. *L'épiploon est rouge, injecté; l'intestin vascularisé et fortement distendu. Pas d'adhérences, ni de liquide d'aucune sorte dans le péritoine.*

Je lavai la masse intestinale avec plusieurs gallons d'une solution salée chaude stérilisée et refermai le ventre par des sutures de crin de Florence comprenant dans leurs anses toute l'épaisseur de la paroi.

L'opération avait duré 25 minutes; la malade avait respiré deux onces d'éther. Huit onces de sérum artificiel furent injectées sous la peau et une pinte du même liquide introduite par le rectum.

Malheureusement, je permis que la malade fut transportée immédiatement de la salle d'opération à sa chambre. Or, cette dernière est située au second étage et on y arrive par un escalier étroit. L'opérée dût être soutenue dans une position presque verticale; elle cessa aussitôt de respirer, le pouls disparut. L'infirmière effarée accourut me prévenir. Je me précipite et trouve en effet la pauvre femme étendue sur son lit... morte... ou en état de mort apparente.

"Vite, m'écriai-je, la respiration artificielle... et nous n'abandonnerons nos manœuvres qu'au bout de 25 minutes d'efforts inutiles... à *ma montre.*"

En effet, dans ces circonstances émouvantes, les minutes paraissent des heures, et j'ai l'intime conviction que des nouveau nés, des noyés et d'autres personnes victimes de l'anesthésie, sont morts et auraient pu être rappelés à la vie si l'on s'était douté du peu de persévérance qu'on avait apporté à les secourir.

Au bout de six minutes, — oh ! combien longues ! — un peu de rigidité des bras, un gémissement... la malade était sauvée ! Quatre pleines seringues d'éther furent injectées sous la peau; des boules d'eau chaude furent placées sous les couvertures. Piqûres de strychnine toutes les 2 heures; repos absolu.

Le soir, la réaction s'était accomplie d'une manière régulière. Le pouls de 156 était descendu à 130, puis à 120 et enfin à 115. Temp. : 98.5. Pas de vomissements.

Je pratiquai alors une injection hypodermique de 10 c. c. de sérum anti-streptococcique, de Marmorek. Toutes les trois heures, lavements nutritifs composés de brandy, térébenthine et lait peptonisé. Absolument rien par la bouche.

Le lendemain (9 mars), l'état de la malade parut relativement satisfaisant, quoique le pouls continuât à être très fréquent et irrégulier. Temp. 99. Douleurs abdominales assez vives; vomissements moins fréquents. Toujours du

tympanisme. Des lavements glycéринés provoquent l'émission d'une grande quantité de gaz, mais pas de selle; sulfate de magnésic rejeté aussitôt par le vomissement. Calomel : 10 grains administrés en 3 paquets, une heure d'intervalle.

Nouvelle injection de 10 c. c. de sérum antistreptococcique. Glace en permanence sur l'abdomen. Lavements nutritifs. Le 10, un lavement de glycérine produisit une selle moulée assez abondante accompagnée d'une grande quantité de gaz intestinaux. Moins de nausées, vomissements plus rares, douleurs diminuées. T. = 100. Pouls = 118.

Nouvelle selle le soir.

Le 11. — Nuit bonne. Amélioration marquée. Quatre selles dans les 24 heures. Pouls fort à 104. T. 98.5. Météorisme disparu, douleurs abdominales insignifiantes. Ecoulement séreux par le vagin. La malade ne vomit plus, n'a plus de nausées. Figure calme. Elle commence à s'alimenter.

Le soir. — Temp. 98.5. Pouls 90.

Le 13, tout va bien. La plaie guérit rapidement. Douleurs nulles; tympanisme disparu. Les intestins fonctionnent régulièrement. Urine, = 29 onces dans les 24 heures. État général absolument satisfaisant et je crois pouvoir considérer la convalescence comme franchement établie.

Réflexions.

Qu'avait cette malade? Quelle était la cause des troubles qui ont suivi la première opération? Que serait devenue mon opérée si je l'avais abandonnée à elle-même? Quelle a été la valeur de mon intervention?

Tous les chirurgiens s'accordent à considérer la septicémie et la péritonite comme les complications les plus redoutables qui puissent survenir à la suite de l'ouverture du péritoine, mais ces deux états pathologiques ne se traduisent également pas par les mêmes manifestations.

L'infection péritonéale suraiguë post-opératoire, par exemple, tue souvent au bout de 36 heures sans que les malades aient offert le moindre indice qui pût attirer l'attention du côté du péritoine. Ce sont ces morts foudroyantes que plusieurs attribuent au shock opératoire, à tort selon Jayle (1) qui vient de démontrer que, dans les cas de ce genre, malgré l'absence totale de lésions macroscopiques, l'examen bactériologique décelle toujours la présence de germes pathogènes dans la sérosité que renferme la cavité abdominale; ces germes ont pénétré dans le sang et causé l'infection septique mortelle avant que l'organisme ait eu le temps d'organiser ses moyens de défense.

La péritonite proprement dite débute du 2e au 4e jour. Le pouls s'accélére, devient petit, filiforme; le ventre se ballonne et acquiert une extrême sensibilité; les vomissements sont incessants, la constipation opiniâtre, la respiration laborieuse; les traits s'altèrent et la face, grippée, exprime la plus grande détresse. Mais ces phénomènes ne se déploient pas toujours dès le début, d'une manière aussi solennelle; ils sont subordonnés au degré de virulence de

(1) Jayle. De la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. Thèse de Paris, 1895.

l'agent qui les produit et aux conditions du terrain sur lequel la lutte s'est engagée. Chez notre malade, par exemple, l'appareil symptomatique était juste assez sérieux pour nous causer la plus vive anxiété, l'orage n'avait pas encore éclaté, mais le tonnerre grondait et la *vivisection* opératoire que j'ai pratiquée nous a prouvé qu'il était temps de nous mettre à l'abri : l'intestin partout était couvert d'arborisations vasculaires, la péritonite était allumée.

Pourquoi cette péritonite ?

Le péritoine s'enflamme à la suite d'un traumatisme chirurgical parce qu'il a été contaminé par des germes pathogènes. Ils ne nous sont plus étrangers ces innombrables malfaiteurs ; les bactériologistes les ont surpris en flagrant délit, et nous ont fait connaître leurs formes, leurs habitudes et leur méchanceté. Pour punir ces infiniment petits des désastres infiniment grands qu'ils sèment sous leurs pas, nous les avons affublés de noms dont la prononciation heurte les cordes vocales comme un sanglot : streptocoques, staphylocoques, diplocoques *bactérium coli*. Ce dernier s'obstine à rester latin. Honneur à lui si c'est par amour du sol natal : ce qui après tout dénote un bon naturel. Qu'il conserve son patriotisme, la langue française, sans lui, ne s'en portera pas plus mal. Ce prolétaire sans prétention se complait dans le réduit obscur où il a pris naissance et demeure assez inoffensif tant que le poison qu'il distille n'a pas acquis des proportions trop considérables. Cependant, si, à la faveur d'une distension intestinale exagérée, il se *dialyse* à travers les minces parois qui l'emprisonnent ; surtout, si au moment de son émancipation il trouve pour l'accueillir un bon lit tout chaud, constitué par de la sérosité épanchée dans la cavité abdominale, il grandit aussitôt tout comme l'espagnol de la Pêrichole, et grâce à son étourdissante fécondité il pullulera à l'infini souillant de son venin la grande sérèneuse qui protestera avec énergie contre cette invasion souvent mortelle.

Je ne mentionne que pour dédaigner son impuissance le staphylocoque blanc dont Grawitz et Burgihski ont inoculé des cultures pures dans le péritoine de souris saines sans provoquer le moindre accident.

Mais il n'en est plus ainsi du *streptocoque*, le plus grand scélérat de la série. Bourreau des femmes en couches, c'est lui le fauteur de la fièvre puerpérale, de l'érysipèle et de la septicémie post-opératoire. Mais il n'a qu'à bien se tenir : Marmorek a les yeux fixés sur lui et si les espérances que nous ont fait concevoir les coups qu'il lui a déjà portés se réalisent, ce misérable pyogène pourrait bien avant la fin du siècle rencontrer son Waterloo.

Comment ces germes, quels qu'ils soient, ont-ils réussi à tromper notre surveillance ? Par quel moyen ont-ils pu pénétrer jusqu'au péritoine et y déterminer les dégâts qui ont mis les jours de ma malade en danger ?

Dois-je incriminer le manuel opératoire ? Certes, je crois la chose peu probable, mais elle est bien possible. Malgré les précautions inouïes dont nous nous entourons toutes les fois qu'il nous faut ouvrir l'abdomen ; malgré la sévérité du cérémonial et l'observation rigoureuse des règles dictées par la plus stricte

asepsie, ce serait être bien présomptueux que d'espérer avoir atteint la perfection. Furbringer nous a expérimentalement démontré combien il est difficile, par exemple, d'aseptiser absolument les mains de l'opérateur, quelque lavage qu'on leur fasse subir. Puis, dans le cours d'une opération relativement longue, est-on toujours sûr que le péritoine sera constamment à l'abri de la moindre souillure qui, toute légère qu'elle est, pourra se terminer par une catastrophe ?

Quoi qu'il en soit, on me croira sans peine quand je dirai que j'aime mieux supposer un caractère septique au liquide que contenait ce petit kyste. Je sais bien que les hydrosalpinx et les kystes simples de l'ovaire sont généralement stériles, cependant on ne saurait jamais s'y fier et les observations ne sont pas rares d'accidents survenus à la suite de l'épanchement dans le péritoine de la sérosité apparemment inoffensive qu'ils renfermaient (1). Puis, je me reprocherai toujours d'avoir cette fois-ci commis l'imprudence de refermer l'abdomen sans avoir obéi à la sage et louable habitude d'assécher scrupuleusement la séreuse dans tous ses recoins. Des germes même septiques, déposés dans une cavité abdominale sèche, peuvent demeurer absolument inoffensifs, alors qu'au contact d'une quantité même insignifiante de sérosité ils auraient pu acquérir une virulence extrême. Les expériences faites récemment sur ce sujet par Pichevin et Petit sont des plus concluantes (2).

Que serait devenue ma malade si je n'étais pas intervenu ? Quelle part peuvent réclamer dans la terminaison heureuse 1° la réouverture de l'abdomen, 2° le lavage et le drainage, 3° les injections sous-cutanées et rectales de sérum artificiel, 4° les injections de sérum antistreptococcique ?

Loin de moi la prétention de chercher à attribuer la guérison de cette malade exclusivement aux moyens thérapeutiques que j'ai mis en œuvre. Je crois avoir trop d'expérience pour tirer des conclusions péremptoires d'un fait isolé ; cependant, qu'il me soit permis d'offrir quelques considérations, ne serait-ce qu'à titre de pièces justificatives.

La réouverture de l'abdomen pure et simple a-t-elle quelque influence sur la péritonite septique ? Je n'en sais rien ; seulement la chose est bien possible : on connaît ce qui se passe généralement dans la péritonite tuberculeuse traitée par la simple laparotomie. Je crois néanmoins que l'effet salutaire obtenu dans la péritonite septique par l'ouverture du ventre, ne réside pas purement dans le fait de l'exposition de la séreuse, mais surtout dans le lavage qui l'accompagne et peut-être aussi dans la nature du liquide employé. Naturellement quand il existe des adhérences à détruire, un épanchement purulent à évacuer, les résultats favorables sont faciles à comprendre ; mais, en dehors de ces cas, il en existe d'autres dans lesquels la laparotomie et le lavage de la cavité péritonéale ont été suivis de succès.

(1) Keating & Coe. *Clinica. Gynaecology* p. 703, 714, 722. (Baer) *Amer. Gyn. and Obs. Jour.* 1895. July p. 43.

(2) Pichevin & Petit. *Arch. de Tocologie*, 1835, p. 882.

Les exemples de réouverture de l'abdomen quelques heures ou quelques jours après une laparotomie ne sont pas très fréquents. Quand les symptômes sont très graves, la situation est jugée désespérée, le chirurgien hésite et s'abstient de crainte de voir la malade mourir sur la table pendant l'opération. Si les accidents sont moins sérieux, il faut une somme de courage assez considérable pour se déterminer à opposer un moyen aussi héroïque à des symptômes relativement peu alarmants.

C'est surtout dans les cas d'hémorrhagie interne post-opératoire, que l'abdomen a été réouvert à la suite de la laparotomie, ordinairement avec succès quand on n'a pas trop attendu. (Noble, West, Lochart.)

Pour combattre la péritonite septique, les auteurs classiques conseillent cette opération, les uns avec réserve (Keating & Coe), d'autres avec timidité (Pozzi) quand ils ne la rejettent pas absolument (Schroeder, Hofmoier, Hegar et Kaltenback.)

A la séance du 7 nov. 1895 de la "Philadelphia Obstetrical Society" le Dr Parish a communiqué 4 cas de réouverture dont 3 pour péritonite septique, suivis de succès. A la même séance, le Dr Wenning relate l'observation d'un kyste dermoïde compliqué de fistule intestinale. Réouverture le 4^{ème} jour; mort. Le Dr Palmer rapporte un cas analogue terminé par la guérison. Jayle a perdu toutes les malades qu'il a réouvertes pour septicémie péritonéale aiguë post-opératoire; il a obtenu un succès dans un cas de péritonite septique.

Le Dr Douglass cite un cas de péritonite septique traitée par la laparotomie et drainage. Guérison. Trois semaines après, obstruction intestinale. Réouverture, rupture des adhérences. Guérison (1).

Il est inutile de multiplier ces citations. Qu'il me suffise d'ajouter que la réouverture de l'abdomen à la suite de la laparotomie ne nous inspire plus aujourd'hui la frayeur qui, en 1894, faisait dire à McMurtry que, même dans les hémorrhagies post-opératoires, cette opération était généralement suivie de mort. Pour lui cette suprême ressource était tellement formidable qu'il disait: "These are the occasions in which a man sweats blood." (2) Naturellement, les circonstances qui forceront la main du chirurgien seront toujours exceptionnellement impérieuses; toutefois il serait dangereux, à mon avis, d'attendre pour intervenir que les symptômes présentent le caractère de gravité que paraît réclamer le Dr Noble (3), car alors nous nous exposerions au risque d'avoir attendu trop tard. Il en est ainsi des conditions exigées par Hoffman, qui ne considère cette intervention justifiable que dans les cas où nous aurons pu constater la présence d'une collection quelconque dans la cavité abdominale. Outre que ce diagnostic peut offrir souvent de graves difficultés, les cas cités par Parish et le mien démontrent que l'état de la malade peut être très alarmant sans qu'il existe le moindre épanchement de pus, de sang ou de sérosité dans le péritoine.

(1) Amer. Gyn. & Obs. Jour., 1895, janv. p. 61.

(2) Journal of Obs. Dec. 1894, p. 888.

(3) Philadelphia Obs. Society, Nov. 7, 1895.

S'il faut en croire certains observateurs, les résultats favorables obtenus par les lavages de l'abdomen ne seraient pas dus uniquement à leur action mécanique. On a attribué à l'eau chaude salée (sérum artificiel) un effet quasi-spécifique sur les bactéries qui auraient pu contaminer le péritoine. Bien plus, on a émis l'opinion que le sérum artificiel injecté dans les veines avait une influence thérapeutique manifeste sur tout accident septicémique en général. C'est ainsi que Berlin (1) attribue la guérison d'une péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, à l'injection intra-veineuse de 1400 grammes d'eau salée. Th. Auger injecta de six à sept litres de sérum dans les veines d'un jeune homme après laparotomie pour un coup de pied de cheval : guérison.

Je n'ai là-dessus aucunes données personnelles ; j'ai suivi la pratique générale parce que l'impression que j'ai reçue de ce que j'ai lu sur ce sujet me porte à croire que ce moyen est ordinairement suivi de bons résultats. Je crois en outre que les effets produits par le sérum artificiel sont plutôt dus à son action physiologique sur le système circulatoire qu'à une action spécifique quelconque sur les germes pathogènes. Tous les jours, à la suite des grandes opérations, nous avons l'occasion de constater l'efficacité de l'eau salée stérilisée chaude et je ne pense pas qu'il soit nécessaire de l'injecter dans les veines : nous obtenons les mêmes effets au moyen de son introduction dans le tissu cellulaire ou dans le rectum. C'est à cette double voie que je me suis adressé chez la malade qui fait le sujet de cette observation.

Quant au drainage, je dois avouer que je l'ai en profonde horreur et dans les nombreuses opérations que j'ai pratiquées sur l'abdomen, j'y ai eu bien rarement recours : je ne l'ai jamais regretté. Je partage absolument l'opinion de Lawson Tait et je fais comme lui : "là où les autres drainent, je purge." Dans ce cas-ci, peut-être aurais-je eu raison de placer un drain dans l'abdomen ou à travers le vagin au moment de la première opération. Cette pratique, si je l'avais suivie, aurait-elle prévenu les accidents ? Je l'ignore. Tout ce que je sais, c'est qu'il n'y avait rien d'appréciable à drainer. Cependant, désirant mettre toutes les chances de mon côté, après la seconde laparotomie, j'ai cru devoir laisser une mèche de gaze dans l'ouverture que j'avais pratiquée dans le Douglas. J'ai enlevé ce drain au bout de six jours comme nous le faisons à la suite de l'hystérectomie vaginale ; une quantité insignifiante de sérosité s'était écoulée par le vagin, de sorte que je doute fort que cette précaution ait eu une influence quelconque sur la terminaison de la maladie.

L'ennemi était en force, il fallait faire appel à l'armée entière des moyens dont je pouvais disposer ; j'ai jugé urgent d'utiliser ma réserve et j'ai lancé dans le combat le *sérum antistreptococcique*. !

La sérothérapie est encore au berceau. Les résultats remarquables obtenus dans le monde entier au moyen de l'antitoxine de Roux nous ont grisés et légitiment, en quelque sorte, les espérances que nous avons conçues au sujet des autres sérums, quoique l'action de ces derniers ne repose pas absolument sur les mêmes principes. Le sérum de Marmorek possède déjà à son actif un certain

(1) Société de Chirurgie, 18 Dec. 1895.

nombre de succès assez encourageants, notamment contre les accidents puerpéraux que nous savons être dus généralement à l'action du streptocoque.

Pozzi cite un cas de péritonite septique terminé heureusement à la suite de l'injection de ce sérum. (1)

Rommelaere en a communiqué 2 cas suivis de guérison à l'Académie de médecine de Belgique (28 déc. 1895)

Law publie dans le *British Medical Journal* du 2 janvier 1897, l'observation d'un cas type de péritonite généralisée, guérie par le sérum antistreptococcique.

Il est vrai que j'ignore absolument si le streptocoque avait quelque chose à faire avec les accidents qui sont survenus chez ma malade, mais j'ai quelques raisons de le croire, vu que cet agent pathogène a été retrouvé plus souvent que les autres dans la péritonite post-opératoire. Jayle l'a rencontré 7 fois seul ou associé sur 14 cas. Keating et Coe prétendent que dans la grande majorité des cas, c'est ce microbe qui est en cause et qu'il faut toujours soupçonner sa présence dans les complications qui surviennent à la suite des grandes opérations sur l'abdomen. D'ailleurs, le Dr Sharp a publié tout récemment l'observation détaillée d'un cas grave de septicémie puerpérale où l'injection du sérum de Marmorek a été suivie de guérison et dans lequel l'examen bactériologique a démontré l'absence totale de streptocoques. (2)

Quoi qu'il en soit, je n'insiste pas ; toute discussion sur un sujet si neuf doit forcément demeurer stérile.

Mais, je n'ai pas encore fini avec la narration de cette dramatique histoire : il y a un autre acte.

À la suite de la seconde laparotomie, tout était rentré dans l'ordre : le pouls et la température étaient revenus à l'état normal, la plaie guérissait par première intention, les douleurs étaient nulles, l'alimentation se faisait régulièrement ; en un mot, l'état général de la malade nous faisait espérer une convalescence sans encombre.

Le 16 mars, c'est-à-dire une semaine après la dernière opération, je me trouvais de passage à Montréal, en route pour Saint-Jérôme où m'appelaient des affaires professionnelles. Je reçus une dépêche me mandant sans délai à Ottawa : mon opérée allait plus mal. J'arrivai au milieu de la nuit et trouvai la malade en proie à de vives douleurs siégeant autour de l'ombilic. Vomissements continuels. Pouls à 120. Température = 98.5. Grande faiblesse. J'appris que la nuit précédente elle avait rejeté son souper et que depuis, elle n'avait cessé de vomir. On lui avait en vain administré deux lavements successifs ; elle n'avait pas eu de selles.

Je fis aussitôt appliquer un sinapisme à l'épigastre et ne permis à l'intérieur que du vin de Champagne frappé, en petites quantités à la fois. Glace en permanence sur l'abdomen. Injections hypodermiques de strychnine pour com-

(1) Jayle. *Loc. Cit.*, p. 89.

(2) *British Med. Journ.*, 27 fév. 1897.

battre la défaillance cardiaque. Piqûres de morphine si les douleurs devenaient plus vives.

Le jour suivant, la malade put garder quelques drachmes de sulfate de magnésie qui néanmoins demeurèrent sans effet. Le soir, 10 grains de calomel furent administrés sans plus de succès.

Le lendemain elle reçut toutes les deux heures des lavements de glycérine, de térébenthine, d'eau de savon, d'huile de ricin. La constipation résistait; les vomissements augmentèrent, le pouls de plus en plus misérable battait à 130, 140. Le ventre se météorisa graduellement sans offrir de sensibilité bien marquée. L'intestin n'était pas paralysé comme l'indiquaient les mouvements péristaltiques tumultueux des anses intestinales qui se dessinaient en relief sous la peau de l'abdomen.

Bref, c'était de l'occlusion intestinale! Le 20 mars (samedi) la malade n'avait pas eu de selles depuis six jours quoiqu'elle eût passé des gaz intestinaux à différentes reprises. Le ballonnement du ventre était considérable, les nausées et les efforts de vomissements incessants; subdélirium, prostration extrême, traits profondément altérés. Evidemment, la mort allait survenir avant vingt-quatre heures si nous ne nous hâtions d'intervenir.

Pour la troisième fois dans l'espace de seize jours, la malade fut éthérisée. Au milieu des précautions aseptiques les plus sévères, j'ouvris de nouveau l'abdomen en pratiquant d'abord une boutonnière quelques centimètres plus haut que l'angle supérieur de la cicatrice. Je craignais en faisant pénétrer le bistouri dans l'ancienne incision, de blesser l'intestin qui devait avoir contracté des adhérences avec la paroi antérieure de l'abdomen. J'introduisis dans la cavité abdominale l'index gauche sur lequel je me guidai pour diviser soigneusement les tissus de haut en bas.

L'épiploon, épais, était adhérent tout le long de la cicatrice et attirait à ce niveau le colon transverse vide qu'il retenait appliqué comme une corde sur la masse intestinale sous-jacente. Je séparai les adhérences et réséquai l'épiploon après avoir passé dans toute sa largeur une ligature de catgut en chaîne.

Je plongeai ensuite la main vers le pédicule du ligament large que je trouvai intimement soudé à une anse de l'intestin fortement distendue, congestionnée, brunâtre et parsemée en deux ou trois endroits de larges plaques hémorragiques. Les adhérences étaient si fermes qu'il me fallut les diviser avec des ciseaux.

Une fois cette partie de l'intestin dégagée, j'examinai le fond du bassin par le toucher, car la masse intestinale gonflée par le météorisme ne me permettait pas de m'aider de la vue malgré la position de Trendelenburg.

Sur le plancher du bassin, une autre anse intestinale avait contracté avec les bords de l'ouverture que j'avais pratiquée dans le cul-de-sac postérieur du vagin des adhérences assez résistantes qu'il me fut facile néanmoins de décoller avec les doigts. Je sectionnai, en outre, d'un coup de ciseaux deux ou trois brides étroites qui réunissaient les unes aux autres quelques anses de l'intestin grêle.

Après m'être assuré autant que possible qu'il n'existait plus aucun obstacle

je lavai largement la cavité abdominale avec la solution salée chaude et refermai l'abdomen sans drainage.

L'opération avait duré une heure et vingt minutes. Quantité d'éther, = 7 onces.

Le soir à 8 heures, la malade n'avait pas vomi et se plaignait de vives douleurs que ne purent calmer les applications de glace : on pratiqua une injection hypodermique de morphine. Je fis introduire le tube rectal afin de diminuer la tension de l'abdomen ; aucun gaz ne s'échappa mais le tube donna issue à une cuillerée de matières fécales, liquides, grisâtres, extrêmement fétides..... les premières depuis sept jours !

La nuit fut assez bonne ; les vomissements ne reparurent plus. Un lavement glycéринé fut suivi d'une selle très fétide, peu abondante mais d'une consistance demi-molle. Le soir, à la suite d'une dose de sel Epsom, nouvelle selle accompagnée de gaz intestinaux. Douleurs vives toute la journée ; toujours du météorisme. Pouls = 120. Température = 100. Respiration normale.

Le 22.—Pouls = 120. Température = 101. Vives douleurs abdominales constantes.

J'injecte 10 c.c. de sérum antistreptococcique.

Le soir.—Nouvelle injection de 10 c.c. de sérum.

Le 23.—Température = 99. Pouls = 100. Bonne nuit. Météorisme diminué ; facies excellent. Douleurs moindres.

Injection de 10 c.c. de sérum. Je fais supprimer la strychnine qui commençait à produire des contractions tétaniques dans les membres. Lavements nutritifs. Glace en permanence sur l'abdomen.

Le 24.—De mieux en mieux. La malade commence à s'alimenter. Depuis trois jours, elle a eu 8 selles toujours abominablement fétides. Le pouls est bon. La température oscille autour de 100.

Les 24, 25, 26, 27.—Température normale. Le pouls, un peu fréquent, est néanmoins fort régulier. L'incision abdominale est complètement cicatrisée. La malade n'a plus aucune douleur, dort bien et demande à manger.

Le 11 avril, entièrement rétablie, elle quitte l'hôpital pour retourner chez elle. Ottawa, 1897.

Traitement du hoquet.—Les moyens les plus divers sont préconisés contre le hoquet : émotion vive, arrêt volontaire de la respiration ; verre d'eau bu à petites gorgées en se pinçant les narines, compression des poignets, etc.

Mais quelquefois ces procédés échouent et l'on est obligé de recourir aux agents thérapeutiques : électricité, révulsifs, glace, chloroforme, éther, antispasmodiques, etc.

Avant de recourir à cette thérapeutique, il serait bon d'essayer le moyen très simple que recommande M. LÉPINE, de Lyon, et qui est en somme l'extension permanente de la langue. Voici la technique :

Au moment de l'accès, saisir la langue du patient, la tirer un peu fortement de façon à sentir la résistance qu'oppose toujours en pareil cas la base de cet organe, et la maintenir tirée en dehors de la bouche aussi longtemps que l'exige la cessation du spasme.

“SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC”

Séance du 24 mars 1897.

La séance s'ouvre à 8 heures P. M., sous la présidence du Dr M. Ahern.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

L'assistance est fort nombreuse. La grande salle de l'amphithéâtre est complètement remplie.

Après les affaires de routine les applaudissements les plus sympathiques saluèrent l'entrée de Mgr J. C. K. Laflamme qui avait eu l'amabilité de préparer pour notre société un travail expérimental sur les rayons X.

Ce conférencier si bien connu, de qui tout éloge serait superflu, captiva l'attention de son auditoire durant près de deux heures, et le tint sous le charme de sa parole; rien ne manquait pour rendre attrayant et instructif ce travail de valeur scientifique.

Aidée de nombreuses expériences, sa diction pleine de précision et de clarté apporta à tous la lumière nécessaire pour comprendre cette étrange partie lumineuse de l'électricité.

Voici un résumé de cette conférence :

Après avoir décrit en peu de mots la bobine d'induction qui fournit l'énergie électrique nécessaire aux expériences de Roentgen, le conférencier trace l'histoire de la découverte du physicien allemand.

Cette découverte retentissante, qui a étonné si fort le monde savant, a été préparée de longue main, par une série de travaux dont les premiers remontent jusqu'à l'abbé Nollet et ses recherches sur les décharges dans les gaz raréfiés. Par ordre de dates viennent à la suite les expériences de Geissler, puis celles de Crookes, en 1879.

Ces dernières agrandirent singulièrement le cadre tracé par les anciens physiciens. Les tubes dits de Crookes, avec toutes les formes variées que leur a données le physicien anglais, sont dans tous les cabinets de physique. La série d'expériences qu'ils permettent de réaliser est des plus brillantes, et le fait que tous paraissent établir sans conteste est que, dans les tubes où le vide est poussé à une limite assez éloignée, il y a projection de matière perpendiculairement à la surface de la cathode, que cette effluve matérielle se fait en ligne droite, avec une vitesse d'environ 150 milles par seconde et que, là où ce jet frappe un obstacle, à l'anticathode, comme on dit maintenant, se produit une luminescence verte caractéristique de ces tubes.

Ce courant matériel se fait aux dépens des molécules du gaz résiduel, ou des molécules de la cathode elle-même, pulvérisée par les rayons ultraviolets. Il est attiré ou repoussé par un aimant, suivant la polarité de ce dernier.

Goldstein, qui, contrairement aux idées de Crookes, défendait la théorie énergétique des rayons cathodiques, prétendait qu'une lame, même très mince, était imperméable à ces rayons. Mais Hertz, Wiedemann et Ebert, en 1890, ont prouvé qu'il n'en était pas ainsi. Quatre ans plus tard, Lenard fit de très remarquables expériences par lesquelles il démontra que, non seulement les rayons cathodiques peuvent, dans certaines conditions, sortir des ampoules de Crookes, mais que, à l'extérieur, ces rayons sont attirables par l'aimant, provoquent la fluorescence, déchargent les conducteurs électrisés et agissent sur les plaques photographiques, absolument comme les radiations ultraviolettes.

En juin 1895, Wiedemann constate que, parmi ces rayons, il y en avait sur lesquelles l'aimant n'avait aucune action. C'était toucher du doigt, pour ainsi dire, les rayons Roentgen.*

Enfin, dans les derniers jours de décembre 1895, Roentgen découvrit que ces rayons entrevus par Wiedemann existaient en grande abondance autour de l'anticathode, et il put en étudier les principales propriétés.

Un ancien tube de Crookes en forme de poire et enveloppé de papier noir, voilà tout ce qu'il faut pour répéter les expériences de Roentgen. On constate alors que l'anticathode de ce tube qui n'émet plus aucunes radiations lumineuses, est le siège de radiations qui déchargent les corps électrisés, ne se réfléchissent pas, ne se réfractent pas, ne se polarisent pas, rendent lumineuses plusieurs substances fluorescentes, comme le pentadécylparatolytcétone, le platino-cyanure de barium, le tungstate de calcium, etc., traversent un grand nombre de corps opaques à la lumière ordinaire et agissent sur les plaques photographiques.

Roentgen, du premier coup, étudia toutes ces propriétés, et le fluoroscope lui-même, prôné à son de trompe par l'américain Edison comme étant une invention sienne, étendant indéfiniment le champ de la découverte du physicien allemand, est tout simplement l'écran de Roentgen, recouvert de tungstate de calcium dont la luminescence d'ailleurs, est loin de valoir celle du platino-cyanure de barium.

Après avoir énuméré les principales substances opaques pour la lumière ordinaire et transparentes pour les rayons X, le conférencier fit voir comment on peut photographier les os d'un membre. Les os sont relativement opaques et les chairs transparentes pour ces rayons. Par conséquent, en posant la main sur une plaque photographique mise à l'abri de la lumière ordinaire et en la faisant traverser par une effluve de rayons X, les os font ombre sur la plaque, et celle-ci, une fois développée donne la silhouette du squelette de la main avec tous ses détails. Si le membre renferme des parcelles métalliques, celles-ci sont également trahies par leur ombre sur la plaque sensible. Séance tenante, le professeur photographia un bras cassé depuis trois jours et enveloppé de tous ses bandages, afin de démontrer à la fois la transparence du bois, du linge et des chairs et l'opacité des os.

Roentgen a donné à ces nouvelles radiations le nom de rayons X, parcequ'en dépit de toutes ses recherches, il n'avait pu en déterminer la nature.

L'absence de réflexion, de réfraction et de polarisation était surtout trou-

blante. Voilà pourquoi Roentgen à la suite de Jaumann s'est cru autorisé à y voir peut-être des vibrations longitudinales de l'éther, c'est-à-dire une espèce de vibrations toutes différentes des vibrations lumineuses ordinaires qui sont transversales.

Malgré la valeur très grande qu'il convient de donner à l'opinion du professeur de Wurtsbourg, l'opinion la plus commune est que les rayons X sont absolument analogues aux rayons lumineux ordinaires, mais d'une période beaucoup plus courte.

On explique aisément alors les anomalies apparentes de l'opacité, de la réflexion, etc., puisque nous avons des phénomènes analogues pour les radiations déjà connues. Ainsi l'eau est opaque pour les rayons infrarouges et l'argent transparent dans l'ultraviolet

De plus, l'indice de réfraction ne varie pas toujours suivant les lois de Snell-Descartes. La théorie avait prévu que, pour les très faibles longueurs d'onde, les corps tendent vers la transparence et l'indice vers l'unité.

Il est donc extrêmement probable que les rayons X sont analogues aux rayons lumineux, mais que leurs longueurs d'onde sont comparables aux dimensions moléculaires. D'ailleurs, ces radiations sont très complexes, et on peut espérer qu'on en dressera un jour le spectre comme on l'a déjà fait depuis longtemps pour les radiations lumineuses, calorifiques et chimiques

D'après cette manière de voir, laquelle, d'après le conférencier, est la seule qui soit justifiée par les faits actuellement connus, la série des vibrations éthérées est aussi longue pour le moins que celle des vibrations longitudinales des ondes sonores. Au milieu se placent les vibrations dites lumineuses, avec leur gamme à peu près complète.

Du côté du rouge, viennent les vibrations calorifiques ou infrarouges, qui s'étalent jusqu'à une grande distance des vibrations lumineuses et qui ont été si bien étudiées par Langley à l'aide de son admirable bolomètre. Puis, toujours dans la même direction, nous trouvons une lacune que viendront combler sans doute plus tard des vibrations non encore étudiées. A la fin nous trouvons les ondes électriques de Hertz, dont les plus courtes découvertes jusqu'ici ont six millimètres et qui peuvent atteindre des milles de longueur.

Du côté du violet, des phénomènes analogues se rencontrent. Nous trouvons d'abord les rayons chimiques ou ultraviolets, dont Schumann a prolongé le spectre, jusqu'à découvrir des ondes de un dix-millième de millimètre de longueur. Puis un vide analogue à la lacune de l'infrarouge. Puis viendraient les rayons X, avec une longueur d'onde de l'ordre des dimensions moléculaires.

L'espace compris entre les rayons ultraviolets et les rayons X serait déjà en partie comblé par les radiations obscures émises par la blende hexagonale et découvertes par Becquerel. Comme les rayons X, ils traversent plusieurs corps opaques, agissent sur les plaques photographiques, mais ils se réfléchissent et se réfractent, ce qui indique une période de vibration supérieure aux dimensions moléculaires.

C'est donc une imprudence de dire que les rayons X tendent à renverser la théorie de l'optique. Nous avons tout lieu de croire au contraire qu'ils en

seront une brillante confirmation et qu'ils enrichiront son domaine en lui ouvrant de nouveaux horizons.

Le conférencier a terminé la soirée en projetant un bon nombre de belles radiographies prises par lui et présentant chacune un intérêt particulier.

Alors M. le docteur Vallée, secondé par M. le docteur M. D. Brochu, tous deux professeurs, remercia au nom de toute l'assemblée le savant conférencier, et dans une de ces heureuses improvisations dont il a le secret, il profita de la circonstance pour nous relater les incursions que les rayons X ont déjà faites dans le domaine des sciences médicales.

On passe ensuite au rapport suivant soumis par le comité d'organisation à la considération de l'assemblée : voici le texte même du rapport présenté par M. le Dr. Brophy, de Ste-Foye, sur l'efficacité de la désinfection par l'étuve de la cité de Québec :

“ Sur l'invitation de M. le docteur Faucher, secrétaire du comité d'organisation, Messrs. les Drs. L. Fiset, A. Rousseau et moi, nous avons testé le pouvoir désinfectant de l'étuve à désinfection de l'hôpital civique de Québec, et voici notre épreuve et nos conclusions : nous avons mis à l'étuve désinfecteur, dans le milieu d'un certain nombre de sacs à désinfecter, une boîte en bois contenant des cultures des microbes des maladies les plus communes dans le moment, fièvres typhoïdes, diphtérie, érysipèle, pus venant d'un abcès, ainsi que des spores d'anthrax.

Ces cultures sont restées à l'étuve le temps ordinaire de la désinfection, à la température de 227° F., et ensuite nous en avons fait des cultures sur sérum, agar et bouillon. En même temps nous avons fait des cultures des mêmes espèces non désinfectées sur les mêmes milieux.

Toutes ces cultures ont été mises à l'étuve à 37° C., et déjà après 24 heures les préparations témoins commencèrent à se développer, mais celles qui ont passé à l'étuve de l'hôpital civique sont restées stériles et sans aucun développement.

Pour l'anthrax, nous avons inoculé un lapin avec les spores ordinaires, et ce lapin après 24 heures présenta un œdème considérable au point d'inoculation avec une élévation de température ; un autre lapin inoculé avec les spores passés à l'étuve est resté sans réaction ni locale, ni générale. Nous pouvons donc conclure que les cultures soumises à l'action de l'étuve désinfecteur de l'hôpital civique ont été complètement stérilisées et nous croyons que le résultat de nos expériences prouve d'une manière irréfutable l'efficacité du désinfecteur de l'hôpital civique de Québec.”

Après quelques remarques confirmant les conclusions de ce rapport faites par M. le docteur L. Catellier, M. le président annonce pour la séance d'avril un travail sur “ l'Épilepsie Jacksonnienne ” et “ Démonstration des localisations cérébrales,” par le professeur de médecine interne, M. le Dr. M. D. Brochu

Enfin la séance est ajournée à la 3ième semaine d'avril.....

C. R. PAQUIN, M.D.,
Secrétaire.

FAIT CLINIQUE.

Dr JEHIN-PRUME.

Absence congénitale des iris (Aniridie.)

Le 12 mars 1897, se présentait dans mon service, à la Polyclinique St. Joseph, rue Cathédrale, une fillette de 11 ans, Marie-Louise V... présentant un cas d'une rareté excessive.

La mère de l'enfant me l'amenait, non pas pour ce qui nous intéresse ici, mais pour une légère rhino-pharyngite due à la présence de tumeurs adénoïdes. Ce n'est que surpris par la curieuse façon qu'avait l'enfant de regarder ce qui l'entourait, que mon attention fut attirée du côté des yeux. Et qu'elle ne fut pas ma surprise en constatant chez elle une *absence totale des iris aux deux yeux*.

Interrogée la mère me répond ; qu'elle et son mari ont toujours eu une bonne et robuste santé, n'ont jamais été malades, rien du côté des grands parents, paternels et maternels. L'enfant aussi se porte bien, très nerveuse cependant très agitée. La mère a toujours connu cette enfant dans cet état et les voisins et connaissances lui avaient même persuadé d'aller trouver un spécialiste. Ces braves gens voyant la curieuse manière avec laquelle l'enfant regardait, étaient persuadés que la petite était folle.

La petite malade possède cependant la totalité de ses facultés mentales, cause bien et ne raisonne pas mal pour une fillette de son âge. Du reste avec un verre + 9 d, la petite voit très bien à distance et témoigne clairement sa satisfaction.

Procédant à un examen plus complet, je constate à l'éclairage oblique l'absence *absolument complète* des deux iris. A l'examen ophtalmoscopique le fond de l'œil est normal, doré, pas de trace de cristallin et la choroïde est en contact directe avec la cornée sans marque apparente de corps ciliaire.

D'après la connaissance des parents, (interrogés à plusieurs reprises) il n'y eu à leur connaissance aucun cas semblable dans les familles ni du côté de la mère, ni de celui du père.

Ce cas, très intéressant au point de vue de curiosité médicale, vient très souvent à la Polyclinique et nous serons heureux de le soumettre à ceux de nos confrères qui désireraient l'examiner.

Dans des expériences faites à Lyon, le professeur Arloing a constaté que le germe de la fièvre typhoïde, déposé dans une pipette au centre d'un pain, est tué pendant la cuisson au four. Il en conclut qu'une eau contaminée employée par un boulanger pour faire sa pâte ne saurait transmettre la maladie.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LA PATHOGÉNIE DE LA GOUTTE.

Remarks on arthritic gout, by Sir Willoughby WADE.—*British Medical Journal*, Feb. 27, 1897.

The Goulstonian lectures on the chemistry and pathology of gout, by Arthur P. LUFF.—*British Medical Journal*, March 27, April 7-10, 1897.

La goutte est une maladie de la nutrition dont on ignore encore la nature intime; elle se déclare chez les individus prédisposés, soumis à un régime alimentaire défectueux, ou chez les ouvriers qui travaillent dans le plomb. La cause directe serait, surtout dans le premier cas, un défaut d'oxydation des aliments azotés qui se révèle par la présence dans le sang d'une quantité anormale d'acide urique et des dépôts d'urate de soude dans les jointures. Les symptômes nerveux tiennent une place importante dans les manifestations de cette maladie, à tel point que certains médecins, Sir Dyce Duckworth entre autres, affirment que le trouble de la nutrition a d'abord pour point de départ un dérangement du système nerveux. En face de ces données quelque peu confuses, nos lecteurs liront avec intérêt le résumé de travaux publiés récemment en Angleterre.

Sir Willoughby Wade trouve que la théorie de la plus grande production de l'acide urique n'explique pas pourquoi le surplus de cet acide se déverse dans une jointure, jointure qui est dans la grande majorité des cas, du moins à la première attaque, celle du gros orteil. En revanche, si l'on étudie les symptômes nerveux de l'arthrite goutteuse, on s'apercevra que la douleur est linéaire, qu'elle siège non pas dans l'articulation, mais sur le trajet des nerfs qui s'y rendent, qu'elle demeure très vive alors que l'inflammation a de beaucoup diminué, et qu'elle précède même les manifestations inflammatoires. Pour Sir W. Wade, l'inflammation de la jointure est provoquée par une névrite, névrite amenée par l'intoxication uratique.

La théorie courante sur l'origine des dépôts d'urate est un paradoxe, dit Sir Willoughby Wade. Dans l'attaque aiguë, le dépôt est tellement petit que la jointure guérit rapidement. Cependant la douleur est très vive. Dans un grand nombre d'attaques chroniques ou sub-aiguës, le dépôt est abondant, la douleur et la sensibilité sont très faibles. Voilà le paradoxe; dans une maladie douloureuse dépendant d'un dépôt d'urate, plus ce dépôt est considérable, moins la douleur est forte. Il semble que le nerf, tant qu'il peut devenir douloureux, ne provoque pas—retarde même,—la formation du dépôt. Quand, par quelque altération jusqu'à présent inconnue, le nerf ne peut plus être douloureux, cela ne retarde aucunement, cela même accélère la formation du dépôt.

La conclusion à tirer de ces faits est la suivante.

La névrite est l'élément primitif et essentiel. Lorsqu'un nerf sensitif est atteint, nous avons la douleur et la sensibilité; si c'est un nerf vasomoteur, nous avons la rougeur et le gonflement; si c'est un nerf nutritif, il se produit des changements dans l'articulation, dont l'un est la formation d'un dépôt d'urate. Nous avons ainsi toutes les manifestations de la goutte.

Maintenant comment se fait-il qu'une substance toxique, l'acide urique, affecte tantôt un nerf, tantôt l'autre (nerf sensitif interne ou externe, nerf moteur, nerf vasomoteur, nerf trophique, nerf excréteur). Ceci peut s'expliquer par l'affinité de telle ou telle substance toxique pour tel ou tel réseau nerveux. la composition des tophus, le Dr Haig l'a démontré, pouvant varier chimiquement.

De son côté, le Dr Luff, du St. Mary's Hospital, dans une suite de conférences données à Londres devant le Collège Royal des Médecins, a passé en revue les différentes théories de la goutte et a étudié d'une manière spéciale le chimisme de cette maladie, grâce à une méthode de son invention pour doser l'acide urique dans le sang. Le Dr Luff soutient la théorie de Garrod et de Latham, que l'acide urique, à l'état de santé se forme dans le rein et est excrété par cet organe. Il croit que dans certaines maladies, comme la leucocythémie, où la présence d'acide urique dans le sang ne provoque pas la goutte, cet acide dérive de la nucléine des tissus. Il n'a pas trouvé d'acide urique dans le sang des animaux sains : l'acide y apparaît, d'après lui, à la suite d'une lésion de l'épithélium des tubes rénaux. Cette hypothèse expliquerait très bien l'étiologie de la goutte ; elle n'est basée, malheureusement, que sur des preuves indirectes.

Cependant le Dr Luff a établi des faits qui bouleversent un peu nos idées reçues sur la goutte. Il a prouvé, d'une manière concluante, que l'alcalinité du sang n'exerce aucune influence sur la solubilité de l'acide urique ou la précipitation de l'urate de soude, et que l'exagération de cette alcalinité ne dissout nullement les dépôts d'urate. Il faut donc chercher à expliquer autrement l'action bienfaisante de l'eau de Vichy et des sels alcalins. Etudiant ensuite les sels inorganiques contenus dans les végétaux et la viande, il a vu que les premiers facilitent et que les seconds empêchent la dissolution de l'urate de soude. Ce sont donc les sels minéraux qui, dans les aliments, agissent sur cette intoxication organique qui est la goutte.

LE TRINITRATE D'ERYTHROL DANS L'ANGINE DE POITRINE.

A case of angina pectoris treated by erythrol tetranitrate with marked benefit, by J. B. BRADBURY — *British Medical Journal*, April 10, 1897.

Le Dr Bradbury, professeur de médecine à l'Université de Cambridge, rapporte dans le numéro du 10 avril du *British Medical Journal* un cas fort intéressant d'angine de poitrine idiopathique où des doses bi-quotidiennes de 1 grain de trinitrate ont apporté un soulagement marqué alors qu'un certain nombre de médicaments avaient peu réussi.

Le Dr G. est pris à 75 ans de crises d'angine de poitrine nerveuse assez fortes. Il se soigne successivement avec la digitale, le strophanthus, la quinine, la strychnine, le cactina, l'arsenic, mais sans effet. Les crises ne font que se rapprocher et les symptômes sont : douleurs au sternum, aux coudes et dans les doigts, respiration accélérée, douloureuse, saccadée, et quand l'attaque n'est pas coupée, angoisse profonde avec pouls imperceptible. Les attaques sont provoquées par un mouvement, un léger effort mental ou surviennent pendant le sommeil ou le repos ; une dose de $\frac{3}{8}$ grain de nitroglycerine produit des battements dans les tempes, renforce le pouls, calme la douleur et rend la respiration normale.

Pour calmer ainsi une attaque qui s'annonce, le Dr G. prenait une dose de nitroglycerine toutes les 3 ou 4 heures : c'est dire combien ces attaques étaient rapprochées. Il a suffi d'un grain de trinitrate d'érythrol toutes les 6 heures pour faire disparaître complètement les crises.

Si l'on donne ce médicament, dit le Dr Bradbury, dans de l'alcool et de l'eau (1 grain de trinitrate d'érythrol dans 1 drachme d'alcool et 7 drachmes d'eau), la tension artérielle commence à diminuer après deux à trois minutes ; si on le donne en pilules, par la bouche, l'effet se manifeste après vingt à qua-

rante minutes : mastiqué sous forme de pastille, le médicament agit avec une rapidité moyenne. Cette dernière méthode d'administration est certainement la meilleure. La solution alcoolique irrite souvent l'estomac ; il vaut mieux donner le remède sous forme solide, à moins qu'une action rapide ne soit nécessaire.

Il faut se rappeler que l'administration du trinitrate d'érythrol n'a pas pour but de remplacer le nitrite d'amyl et la nitroglycérine en faisant avorter une attaque, mais seulement d'empêcher le retour des attaques. A ce point de vue le trinitrate d'érythrol est beaucoup plus efficace que la nitroglycérine.

LES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES ET LA BRONCHITE CHRONIQUE.

La bronchite chronique chez l'enfant, par Ed. CHAUMIER (*Gazette Médicale du Centre*) -- *L'Indépendance Médicale*, 31 mars 1897.

L'auteur affirme, en s'appuyant sur un nombre considérable d'observations personnelles, que la présence de végétations adénoïdes du pharynx nasal, ou ce qui est infiniment plus rare, de cataracte chronique de cet organe sans végétations, coïncide toujours avec la bronchite chronique et qu'en guérissant le nasopharynx, on met un terme aux accidents bronchiques.

Après avoir analysé les symptômes spéciaux aux abcès aigus, il étudie ensuite les symptômes propres à l'intervalle des accès. Dans bien des cas la toux n'existe pas, ou pour ainsi dire pas, mais il y a un racllement pharyngien, un hem, nécessaire pour nettoyer l'arrière-gorge de ses mucosités. Souvent il persiste une petite toux insignifiante, assez semblable à celle de certains phisiques pendant les périodes de calme.

D'autres enfants toussent ; ils ont toujours toussé depuis leur première bronchite. Après chaque accès aigu la toux diminue de fréquence et de force ; mais ils toussent quand même plusieurs fois par jour, soit pour débarrasser leur poitrine de quelques crachats, soit simplement par suite d'un réflexe naso-pharyngien. Le plus fréquemment, la toux est légère et les enfants vont et viennent comme s'ils n'étaient pas malades. Ils n'ont pas de fièvre et l'appétit est passable et même bon. Quelques sujets ont des quintes fatigantes coqueluchoïdes avec ou sans vomissements. Parfois, sans qu'il y ait précisément d'accès aigu, il y a une augmentation de toux pendant deux ou trois jours. Cet état relativement bon dure un mois, deux mois, six mois, puis survient l'état aigu, bronchite ou asthme. L'état aigu passé, la toux disparaît à nouveau ou redevient rare comme auparavant.

La poitrine présente un aspect particulier : tantôt elle est légèrement bombée ; tantôt elle est globuleuse. Parfois il existe une saillie de chaque côté du sternum, cet os formant comme une gouttière au milieu. Dans les degrés les plus prononcés tout le centre de la poitrine fait une saillie considérable, côtes, cartilages, sternum : c'est la poitrine en carène, en bréchet de poulet. Souvent la partie inférieure du sternum est au contraire renfoncée. Les côtés du thorax sont également atteints. Ils sont aplatis ou creusés. Les lésions ne se bornent pas toujours aux parties antérieures et latérales. On comprend que lorsqu'elles atteignent un degré avancé, la partie postérieure du thorax doit y participer. Chez quelques malades la colonne dorsale ne présente plus sa courbure normale ; elle peut même être déviée.

De même que la poitrine bombée fait penser à la bronchite à répétition, de même la bouche ouverte doit faire penser aux végétations pharyngées. La bouche peut n'être que légèrement entr'ouverte ; mais elle peut aussi être grandement ouverte, les enfants ne pouvant pas la tenir fermée sans suffoquer.

Dans la grande majorité des cas le palais est en ogive ; souvent les dents supérieures de la seconde dentition sont mal plantées, chevauchant les unes sur les autres. Quelques auteurs expliquent l'atrophie du maxillaire supérieur par

le manque d'usage de sa partie supérieure qui sert à la respiration. Le sinus lui-même disparaît en partie; la face serait aplatie en lame de sabre, ce qui donnerait à la physionomie ce qu'on a appelé le cachet adénoïdien. Ces physionomies existent assurément, mais le plus grand nombre des enfants n'ont pas la face aplatie.

En examinant la bouche on remarque souvent de l'hypertrophie des amygdales palatines et des follicules clos du pharynx, ce qu'on appelle des granulations; ce que plus tard, lorsque nos bronchitiques auront vieilli, on mettra sur le compte de l'alcool, du tabac ou des excès oratoires.

Les narines sont quelquefois étroites, la cloison faisant une saillie d'un côté, et de l'autre laissant un creux. Du côté de la saillie le cornet inférieur est généralement plus petit; du côté opposé il est énorme. Cette déviation de la cloison, qui tient en partie à la surélévation du palais, produit par elle-même une certaine gêne de la respiration.

Pendant qu'on examine le pharynx, il n'est pas rare de voir descendre des parties supérieures du mucus jaunâtre. Ce sont ces mucosités qui nécessitent le râclage pharygien si fréquent; qui, pour quelques auteurs, produisent les accès de faux croup en allant irriter le larynx pendant le sommeil.

Si l'on pratique le toucher du pharynx supérieur, on le trouve plus ou moins rempli par l'amygdale pharyngée hypertrophiée qui obstrue les arrières-fosses nasales et est l'obstacle principal à l'acte respiratoire.

L'amygdale pharyngée hypertrophiée s'enflamme plus ou moins fréquemment (adénoïdite aiguë) et donne lieu à un redoublement de tous les symptômes. C'est alors que les amygdales déjà hypertrophiées, les granulations pharyngées deviennent plus volumineuses, occasionnant un peu de gêne, rarement de la douleur.

Il arrive—cela est rare—qu'en examinant le pharynx nasal on le trouve vide; il existe alors une pharyngite chronique, sans végétations, qui produit absolument les mêmes désordres. Ces cas sont bien plus difficiles à guérir.

Beaucoup d'enfants atteints de bronchite chronique sont sourds. Ils ne sont pas sourds au point que tout le monde s'en aperçoive, mais leur audition est un peu atteinte. La plupart font répéter lorsqu'on leur parle. Dans les écoles on a remarqué que ces enfants sont inattentifs et paresseux. Cette surdité légère vient, soit de l'obstruction de la trompe par les végétations ou par du mucus, soit de la participation de la trompe et même de l'oreille moyenne à l'inflammation.

Fréquemment les lésions auriculaires sont plus graves, il survient une otite purulente qui entraîne une déchirure du tympan. Cette otite peut disparaître spontanément, mais trop souvent il reste une otorrhée de longue durée pouvant provoquer des accidents cérébraux de la plus haute gravité.

Les douleurs d'oreilles si fréquentes dans l'enfance sont causées par des otites moyennes légères, d'origine adénoïdienne. Souvent dans l'interrogatoire des parents des bronchitiques, on trouve ces otalgies.

Dans tous les cas, les ganglions situés derrière les angles de la mâchoire sont hypertrophiés. Quelquefois les ganglions du triangle sus-claviculaire sont également augmentés de volume; ils sont petits, durs, mobiles; tandis que les ganglions de l'angle de la mâchoire sont plus mous, plus gros et à peu près immobiles.

A mentionner encore les terreurs nocturnes, les cauchemars, les maux de tête qui sont fréquents chez les bronchitiques. Ces petits malades sont souvent des nerveux: lorsqu'ils sont petits, ils se pâment, se raidissent si on leur refuse quelque chose; ils grincent des dents, souvent la nuit, et chez les tout petits enfants on observe l'usure des dents de lait.

Il est une lésion assez fréquente chez les bronchitiques, c'est la kératite phlycténulaire et la blépharite ciliaire. On connaît parfaitement aujourd'hui l'origine microbienne de ces maladies, mais on a remarqué qu'elles se continuaient

indéfiniment chez les adénoïdiens, partant chez les bronchitiques. La persistance des lésions de l'œil trouve une explication dans ce que, dans les cas d'obstruction nasale, le courant d'air ne facilite pas l'absorption des larmes par les points lacrymaux. Il y a une stagnation qui facilite la pullulation microbienne.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur n'accorde que peu de confiance au traitement médical, l'opération chirurgicale lui semblant indispensable dans la plupart des cas.

LA CONSTIPATION HABITUELLE.

Habitual constipation, by EWALD (Berl. Klinik, March, 1897).—*British Medical Journal*, April 3, 1897.

Il est évident, dit l'auteur, qu'une forme de la constipation habituelle est due, sans aucun doute, à la diminution de la sensibilité des nerfs de l'intestin ou à un développement defectueux de la tunique musculaire intestinale. L'hérédité se fait souvent sentir. L'habitude de ne pas obéir aux besoins de défécation est une cause de constipation. Le régime alimentaire insuffisant est une cause fréquente : aliments non digestibles, trop abondants, quantité insuffisante d'eau de boisson, aliments trop facilement absorbables, pas assez variés. La vie sédentaire est aussi une cause, quoique la constipation habituelle opiniâtre puisse s'établir chez des individus actifs. Mentionnons aussi les troubles de la circulation, dus à une maladie de cœur, et la pression mécanique due à des grossesses répétées.

Les symptômes sont locaux et généraux. C'est un fait connu que la constipation accompagne l'aliénation mentale. Il ne faut pas rejeter la théorie de l'intoxication intestinale, bien qu'elle ne soit pas absolument prouvée.

Il faut avoir soin, dans le diagnostic, de bien éliminer l'obstruction mécanique. Le pronostic de la constipation habituelle, au point de vue de la guérison, est peu favorable.

Comme traitement, employer aussi peu de purgatifs que possible.

Le traitement sera diététique, mécanique ou médicamenteux. Les aliments préférables sont ceux qui stimulent les mouvements péristaltiques de l'intestin. Le massage et l'électricité rendent les plus grands services ; dans quelques cas, ils restent sans effet. Les lavements ont un désavantage ; l'intestin s'y habitue et il faut augmenter considérablement la quantité du liquide, ce qui expose à la distension de l'intestin. La partie anale de la seringue doit être en caoutchouc vulcanisé, et mesurer 12 à 15 pouces de long. Il est bon d'essayer à heure fixe d'aller à la selle, et de pratiquer des pressions légères sur l'abdomen.

La rhubarbe rend de très grands services ; il arrive que le patient ne peut plus ensuite s'en passer. L'auteur a eu deux clients qui en ont fait usage pendant 20 et 30 ans. Le calomel est très utile chez les enfants. L'huile de ricin n'est pas favorable à un usage prolongé ! L'aloeë appartient aux purgatifs énergiques. Dans quelques cas où la présence d'une tumeur fécale était évidente, l'auteur a obtenu de très bons résultats en employant l'huile de croton avec l'huile de ricin. On peut employer l'huile d'olive en injections. Les sédatifs et les antispasmodiques sont indiqués quand la constipation revêt un caractère spasmodique.

DU POINT DE CÔTÉ CHEZ LES ARTÉRIO-SCLÉREUX

Dr WEBER.—*Abeille Médicale*, 20 février 1897.

Le médecin est assez souvent consulté par des personnes qui ne se plaignent que d'une chose : un point de côté. Il n'y a pas de fièvre ; le malade ne tousse pas ; l'auscultation est muette. Il n'y a donc que la douleur du côté et voici ses caractères : douleur contuse, profonde, à exacerbations passagères et irrégulières, parfois paroxystique ; douleur localisée par le malade à l'un des côtés

du thorax, rarement bilatérale, et siègeant tantôt vers la ligne axillaire, souvent aussi au niveau de la gouttière vertébrale et un peu en dehors. Cette douleur spontanée est peu réveillée par la pression. Certains malades réussissent même à l'atténuer en comprimant fortement le point malade. D'autres, au contraire, supportent difficilement une pression même légère sur la région endolorie. Tous éprouvent une certaine gêne dans les mouvements respiratoires et prennent une attitude qui favorise l'immobilité du côté malade.

Dans la majorité des cas on porte le diagnostic de névralgie intercostale, ou de rhumatisme musculaire ; on prescrit, en général, inutilement, les révulsifs, le sulfate de quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude, etc.

M. le Dr Weber, ayant eu à soigner un certain nombre de ces malades, expose dans *Journal des Praticiens* qu'il a été frappé de la présence constante chez eux des particularités suivantes ?

1° L'âge assez avancé des malades ;

2° L'état habituel d'hypertension artérielle ;

3° Des signes d'induration des artères périphériques ; des manifestations symptomatiques d'un état spasmodique des artères, telles que le doigt mort, la syncope locale, les accès de pâleur, des crampes musculaires, et parfois des accès d'angine de poitrine ;

4° Le siège constant du "point de côté" entre le 4^e et le 5^e espace intercostal, tantôt en avant vers l'aisselle, tantôt en arrière dans le voisinage de la colonne vertébrale ;

5° Le caractère *angoissant* de la douleur, la sensation de poids, de constriction, ordinairement signalée par les malades ;

6° L'influence de la position, des mouvements thoraciques, et des efforts musculaires en général, sur la production des accès douloureux ;

7° La délimitation habituellement circonscrite de la région douloureuse ;

8° Enfin, l'efficacité constante des médicaments vasodilatateurs, et en particulier, de la trinitrine et des iodures.

La constatation de ces différents signes permet à M. Weber de désigner sous le nom de point de côté des artério-scléreux le syndrome clinique que nous venons d'exposer.

Son diagnostic exact a une importance considérable, car seul il permet de prescrire la médication curative. Ce diagnostic, facile quand il s'agit d'un malade manifestement artério-scléreux, est difficile au début de l'artério-sclérose. Il faut alors rechercher les stigmates de cette affection : algidités locales, syncope locale, douleurs rhumatoïdes, crampes, vertiges, céphalée, somnolence avec fatigue cérébrale, troubles visuels, pâleur des téguments, dyspnée d'effort, polyurie, retentissement diastolique de l'aorte en coup de marteau.

Inutile d'insister sur le diagnostic différentiel avec le point de côté de la pneumonie ou de la pleurésie.

La névralgie intercostale vraie, au contraire, sera assez facilement confondue. Toutefois, on se rappellera que cette névralgie siège de préférence à gauche, que la douleur est plus vive, plus déchirante et pour ainsi dire plus superficielle ; qu'elle présente des localisations mieux circonscrites (points de Valleix) ; qu'elle est aussi bien diurne que nocturne, plus irrégulière dans son apparition et rarement périodique ; qu'elle s'exagère peu par l'effort musculaire, par la marche, mais seulement par les mouvements respiratoires ; enfin, qu'elle coïncide très souvent avec d'autres douleurs, avec la gastralgie, etc.

Dans l'irritation spinale, la douleur, spontanée ou provoquée, siège au niveau des apophyses épineuses ou dans les gouttières vertébrales, sans parler des autres phénomènes morbides qui achèvent de caractériser son aspect clinique.

Les difficultés du diagnostic sont bien plus sérieuses quand il s'agit du rhumatisme musculaire vrai. Mais ce qui appartient surtout au rhumatisme c'est l'horaire matinal, c'est la production presque exclusive de la douleur dans les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles atteints, douleur

beaucoup plus vive que celle que l'on provoque par la pression. Enfin jamais cette douleur n'est atténuée par la compression de la région.

Quant à la cause du point de côté des artério-scléreux, pour M. Weber c'est la conséquence d'une ischémie vasculaire par spasme de l'artère intercostale. Et en cela, il place ce syndrome nettement en parallèle avec le syndrome angineux ; à tel point qu'on pourrait le désigner encore sous le nom d'*angine de poitrine intercostale*. Les caractères des douleurs sont en tout comparables, et le traitement est le même dans les deux cas. Il est représenté par la trinitrine et les iodures.

Cette efficacité de la trinitrine et des iodures fournit un argument important en faveur de la genèse invoquée par M. Weber. On sait, en effet, que la trinitrine, en particulier, semble agir surtout sur le système vasculaire, en dilatant les vaisseaux périphériques et en abaissant la tension artérielle. Que ce médicament exerce son action directement sur l'élément contractile des vaisseaux, ou bien en paralysant le grand sympathique, l'effet reste le même. Et, si son emploi est couronné de succès dans certaines douleurs thoraciques, c'est que son action vaso-dilatatrice fait disparaître l'ischémie intercostale organique ou fonctionnelle des artério-scléreux.

Nos lecteurs se rappellent l'article sur la gravelle intestinale publié dans notre dernier numéro (page 217). À la séance du 6 avril de la Société pathologique de Londres, le Dr Ord a confirmé les idées du professeur Dieulafoy. Il a présenté à la société des calculs friables et du sable venant de l'intestin d'une femme d'un certain âge, qui souffrait de douleurs intestinales, de vomissement et d'un état de constipation se rapprochant de l'obstruction. Les calculs se composaient de carbonate de chaux ; rien dans la diète ou les médicaments absorbés n'en pouvait expliquer la formation. Ces calculs s'étaient accumulés dans l'S iliaque et furent expulsés après une contraction plus forte de l'intestin sous forme de débâcle.

Pour s'assurer de l'état de la perception des couleurs chez certains malades, le Dr GOERTZ de Mayence, a trouvé un procédé très ingénieux. Il remet au malade un certain nombre de crayons dont l'extérieur est de même couleur que la mine, et l'invite à écrire sur une feuille de papier le nom de la couleur du crayon qu'il tient dans sa main. Ce procédé est précis, rapide, positif, et laisse une preuve écrite.

Rhumatisme articulaire aigu (JACCOUD). — 1. Les gens obèses ont la circulation en imminence de fatigue, parce qu'ils ont le cœur en imminence de parésie ;

2. Chez les gens obèses, le pronostic du rhumatisme aigu est d'une gravité presque absolue ;

3. La pleurésie et la péricardite ont réellement une relation avec la péricardite et non pas avec l'endocardite ;

4. Quand le rhumatisme présente la péricardite comme accident primitif, c'est dans ce cas que l'on doit s'attendre à la pleurésie ou à la pneumonie ;

5. Le salicylate de soude est-il utile pour combattre les manifestations viscérales du rhumatisme ? Ce n'est pas probable ;

6. De l'aveu de tous, le salicylate de soude ne peut rien contre les accidents cérébraux du rhumatisme ;

7. Le salicylate de soude peut-il favoriser l'éclosion des accidents cérébraux ? probablement non ; mais ce dont Jaccoud est sûr, c'est qu'il ne guérit pas ces accidents ni ne les prévient.

(LARAMÉE.)

CHIRURGIE.

L'AMPUTATION DE SYMES.

Discussion à la Société de Chirurgie. (KIRMISSON, BERGER, LEDENTU, JALAGUIER.—*Le Bulletin Médical*, 4 avril 1897.

Dr KIRMISSON.—Un mémoire, ayant trait à ce procédé opératoire, nous a été adressé par M. Potherat. Il est inutile de rappeler que, si ce procédé est tombé en désuétude pendant quelque temps, cela tenait à ce que l'on n'opérait pas sous l'antiséptie; en créant une coque qui favorisait la rétention du pus, il était inférieur aux autres procédés. Mais depuis l'application de la méthode antiséptique, ce reproche ne peut lui être adressé et, de plus, il possède l'avantage de fournir un lambeau bien matelassé. Dans ce mémoire, notre confrère s'en est fait le défenseur en proposant quelques modifications dans le manuel opératoire: il regarde comme nécessaire de tracer le lambeau plantaire de dehors en dedans et de désarticuler avant de disséquer ce lambeau. Je ne puis qu'approuver ces prescriptions sur lesquelles les auteurs ont déjà attiré l'attention.

M. Potherat ne semble pas attacher grande importance à la conservation du périoste, comme le recommande M. Ollier; il ne faut pourtant pas oublier que cette pratique donne d'excellents résultats sans bien prolonger l'opération, ainsi qu'on le lui reproche. Notre confrère a pratiqué cette intervention sur quatre malades. Dans deux cas il s'agissait de lésions tuberculeuses; dans un troisième d'un traumatisme étendu et dans le quatrième d'un ostéo-sarcome. Les suites immédiates et éloignées ont été bonnes; toutefois, en examinant un moulage que nous avons sous les yeux, on peut constater un léger renversement du lambeau.

Je suis de l'avis de M. Potherat quand il soutient que ce procédé, exécuté antiséptiquement et sans nécessité de sutures osseuses, trouve son application dans certains cas, mais il ne doit pas être toujours substitué à l'amputation de Pirogoff, dont j'ai eu plus d'une fois à me louer.

Dr BERGER.—J'ai ordinairement recours aux tarsectomies, quand il s'agit de lésions tuberculeuses. Si celles-ci ne sont pas applicables, il faut choisir entre le Pirogoff-Pasquier—LeFort ou le Symes. J'ai autrefois employé le premier et, à côté de bons résultats, j'ai eu à noter des insuccès par défaut de consolidation. Aussi, suis-je revenu à l'amputation de Symes, mais en ayant soin de pratiquer la décortication du calcanéum, ce qui prolonge peu la durée de l'opération, donne un lambeau bien tapissé et met à l'abri des fusées du côté du tendon d'Achille en particulier.

Dr LEDENTU.—Lorsque le calcanéum est sain, le procédé de Pasquier-LeFort est excellent. Il m'a donné de très beaux succès sans que j'aie eu besoin de suturer le calcanéum au tibia, mais il faut avoir soin de bien appliquer le lambeau et de le maintenir par une compression suffisante.

Dr JALAGUIER.—J'ai fait deux fois le Symes, dans un cas de traumatisme et pour une tumeur blanche des os du pied. Les deux opérés ont bien guéri et l'un d'eux faisait facilement le parcours de Paris à Bruxelles.

Dr KIRMISSON.—Autant que possible, je crois qu'il ne faut pas abandonner l'opération de Pirogoff. Comme on peut éviter maintenant la suppuration, il est inutile de faire des sutures et de tailler un lambeau aussi grand qu'autrefois, sa rétraction étant moins prononcée.

L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DU NEZ ET DES OREILLES.

Dr LATRILLE, in *Poitou Médical*, (analyse de Georges Lévy dans *Revue illustrée de polytechnique médicale*, 30 mars 1897.)

Le Dr G. Latrille a publié dans le *Poitou médical* de très bons conseils que le praticien pourra trouver assez souvent l'occasion de suivre.

“ La pénétration des corps étrangers dans le nez ou dans l'oreille, dit le Dr Latrille, n'est rien moins que rare : les enfants ont plus particulièrement la détestable manie, pour amuser la galerie ou contenter un vague besoin de mal faire, d'introduire en ces deux cavités les objets à leur portée.

Étant donné le siège et surtout la configuration des organes intéressés, extraire ces corps n'est pas toujours chose aisée. La difficulté devient insurmontable si, la pénétration ayant été profonde, l'opérateur se trouve dépourvu de l'éclairage et de l'instrumentation *ad hoc*. La forme, la composition, la consistance du corps créent aussi des difficultés.”

Dans cinq cas qui ont réclamé son intervention, l'extraction a toujours été très facile sans l'usage d'instruments autres que trois outils d'un emploi courant en ophtalmologie ; le crochet à strabisme, l'anse de Snellen, les ciseaux courbes à strabotomie.

1° *Corps étrangers du nez.*—Dans un premier cas, la narine gauche d'une petite fille (l'âge n'est pas indiqué) est obstruée depuis deux ans par des mucosités extrêmement fétides. La rhinoscopie montre l'existence d'un volumineux amas de couleur brune siégeant à deux centimètres du méat et résistant aux attaques du stylet explorateur. Sans avoir résolu s'il s'agit d'un os en voie d'élimination, d'un rhinolithé ou d'un corps étranger proprement dit, notre confrère introduit un crochet à strabisme très haut par-dessus cette masse. Sûr d'être au-delà il attire à lui en relevant un peu le manche. Solidement accroché, ce bloc se mobilise et sort à la deuxième tentative. Le centre est occupé par un gros noyau de prune Reine-Claude, resté intact sous une épaisse enveloppe de mucosités en putréfaction. Lavage boriqué froid.

Dans un second cas, il s'agit d'un haricot blanc profondément introduit dans la narine droite d'un petit garçon. Après examen rhinoscopique, la même opération par le crochet à strabisme réussit dès la première application.

Des manœuvres analogues jointes à l'examen rhinoscopique ont permis à l'auteur d'affirmer l'absence dans les fosses nasales d'un grain de maïs engagé la veille, mais probablement expulsé depuis à l'insu de l'enfant.

“ Nous croyons, d'après cette expérience personnelle, que le crochet à strabisme rendra de précieux services à qui voudra l'employer en des cas analogues, dans les mêmes conditions, pour extraire les corps résistants, de forme allongée, oblongs. Il est inapplicable s'il ne peut passer par-dessus et contourner le corps étranger.

Dans d'autres cas, l'auteur donne la préférence aux pinces coudées, à ouverture latérale ou verticale, suivant les indications, aux mors puissants, pour enlever les sequestres, ou plus délicats et variés de forme, comme le corps même qu'il faut extraire.

Toujours il faut prescrire des lavages antiseptiques pendant les jours qui suivent l'opération, car, grâce au voisinage, des sinusites, aujourd'hui bien connues, pourraient survenir dans les cas infectieux ; or, elles sont rebelles et fertiles en complications.

2° *Corps étrangers de l'oreille.*—Le Dr Latrille en cite deux cas. Dans le premier cas, il s'agit d'un grain de vesce engagé depuis cinq jours dans l'oreille d'une enfant. Celle-ci l'a repoussé avec le doigt et ni les injections fortement poussées, ni les pinces, ni les crochets n'ont pu en permettre l'issue. La montre est entendue au contact. L'enfant, qui a beaucoup souffert pendant ces manœuvres, doit être anesthésiée. L'éclairage par le réflecteur de Schrötter et le

spéculum laisse reconnaître au fond du conduit la présence d'un corps grisâtre qui masque entièrement le tympan ; la paroi est éraillée et ecchymotique.

“Après avoir injecté un peu d'eau boriquée tiède, nous introduisons l'anse de Snellen en suivant la paroi inférieure du conduit, cherchant à l'insinuer entre le corps et la paroi ; alors, redressant le manche par un mouvement de bascule, nous refoulons la cuiller de l'anse vers la voute et nous la ramenons en dehors sans perdre le contact de la paroi. La cuticule qui enveloppe la vesce est ramenée, largement ouverte, avec quelques parcelles de la graine. Le reste sort peu à peu à la suite de nouvelles applications de l'anse, et avec l'eau d'un lavage doucement pratiqué. Un peu de sang s'écoult.

Matin et soir, pansement antiseptique approprié.

“C'est là un exemple des dangers qui suivent la pénétration des corps étrangers mous, des légumineuses en particulier, dans la profondeur du conduit auditif : les attaquer avec des pinces quand ils sont arrondis, c'est les refouler à coup sûr hors de la portée de l'œil, et des instruments ; les attirer au dehors avec des aiguilles, des stylets, des crochets, c'est, quand on ne réussit pas, déchirer inutilement la muqueuse, déchirer surtout l'enveloppe de la graine et permettre aux liquides de l'imbiber, de la gonfler contre les parois ; vienne alors la douche si souvent victorieuse des cas ordinaires, et la situation empirera.

Il fallait, à tout prix, ménager le tympan, encore intact sans doute, puisque, l'audition était conservée. Nul instrument ne permettait d'atteindre ce but avec plus de certitude que celui dont s'est servi l'auteur : les pinces eussent dérapé, poussé le corps dans la caisse à travers les déchirures de la membrane ; les crochets n'y seraient jamais parvenus qu'après avoir longuement divisé le grain de vesce, après avoir labouré de nouveau tout le conduit.

L'anse de Snellen, disposée comme une cuiller à contours mousses, de dimensions assez exigües pour passer dans l'ouverture du spéculum, est vraiment en tout préférable.

Dans la 2e observation, l'extrémité arrondie d'un crochet à broder s'est brisé au ras de l'oreille. Les efforts pour retirer le corps étranger ne font que l'introduire plus avant. Elle se maintient pendant six mois dans le sinus qui termine en dedans le conduit auditif.

Chloroformisation ; faute d'anse de Snellen, on emploie la branche mousse des ciseaux à strabotomie, puis, par un mouvement de bascule prudent, on soulève le corps étranger et le rejette sur le lit ; pas d'autre incident qu'un écoulement sanguin insignifiant par une éraillure du conduit.

Le tympan est sauf, et la montre est entendue normalement au réveil.

Cette observation, dit M. Latrille, montre une fois de plus qu'il faut laisser au médecin l'extraction des corps durs de forme ronde, même arrêtés encore à l'entrée du conduit.

En pareil cas, la douche maniée par lui réussit presque à tout coup.

Si le corps se dérobe, résiste même à l'injection forcée, il faut éclairer le conduit et s'inspirer des circonstances :

Est-ce une perle creuse ? Il peut arriver qu'un heureux hasard favorise vos manœuvres et vous permette d'enfiler la perle avec une épingle.

Est-ce un caillou aux multiples arrêtes ? Une pince à mors fenêtrés vous permettra de le saisir.

Est-ce une sphère pleine ? L'anse de Snellen la cueillera. A son défaut, tout instrument un peu coudé, comme la branche des petits ciseaux, atteindra le même but.

Toujours on doit respecter l'appareil de transmission, respecter la caisse : ouvrir cette dernière, c'est ouvrir la porte à l'infection, engendrer des otites suppurées, des méningites mortelles.”

A ces moyens nous en ajouterons un autre bien simple.

Il s'agit parfois de corps arrondis et lisses, tels que des perles de verre, qui ne donnent pas prise aux instruments et peuvent être très volumineux pour

laisser passer l'anse de Snellen ou quelque autre instrument entre la paroi du conduit et le corps étranger lui-même. Cette impossibilité est d'autant plus immanquable que des premières n'ont fait que refouler plus profondément la petite sphère. L'auteur a alors employé un de ces petits bâtons destinés à coller le verre ou la porcelaine.

La technique est des plus simples. Après avoir disposé un bon éclairage soit à la lumière naturelle, soit à la lumière artificielle, on introduit le spéculum de façon à isoler les parois et à arriver directement sur le corps étranger.

Le bâton de colle est alors préparé de façon à réaliser son but. Cette préparation, différente suivant la composition de la substance, consiste généralement en un ramollissement dans l'eau chaude ou le feu. Ainsi préparée, son extrémité est portée à travers le spéculum au contact du fragment de verre et s'y attache. On laisse refroidir et l'on a un système unique composé du corps étranger et du bâton de colle et dont l'opérateur tient en main une des extrémités. Il est dès lors facile d'imprimer des mouvements vers l'extérieur à la perle du verre. Ces mouvements seront faits très prudemment et si la perle ne vient pas très facilement et immédiatement, on se contentera d'écarter le corps étranger d'un point quelconque de la paroi, de façon à introduire l'anse de Snellen entre ce point et la perle. Cela est devenu facile, puisque la perle ne peut plus fuir au devant de l'instrument et l'extraction est très simple par la combinaison des deux procédés.

LA CYSTITITE ET LES CALCULS DE LA VESSIE.

GUYON. (Leçon clinique à l'hôpital Necker.)—*Le Bulletin Médical*, 7 avril 1897.

Les cas de calculs de la vessie sont assez fréquents au Canada pour que ceux de nos abonnés qui s'occupent spécialement de chirurgie lisent avec intérêt le résumé suivant d'une leçon du professeur Guyon, où l'admirable clinicien de Necker expose avec beaucoup de clarté et de sens pratique l'une des questions les plus discutées des maladies génitales-urinaires. Nous avons cru bien faire en donnant en entier le préambule, puis en résumant la leçon sous forme de sentences.

« L'association de la cystite et de calculs de la vessie est fréquemment rencontrée chez nos malades, et pourtant il n'y a pas de corrélation nécessaire. L'une et l'autre évoluent, dans bien des cas, sans jamais s'unir; mais il en est où s'établit entre elles une solidarité manifeste.

« Ces dissemblances sont nettement démontrées par l'observation et l'on conçoit que la pratique exige que nous en connaissions les raisons. L'étude des rapports de la cystite et des calculs de la vessie nous est, en effet, indispensable. Aussi bien pour le diagnostic que pour les indications ou la mise en œuvre du traitement, nous ne pouvons nous passer des directions qu'elle assure. Elle soulève plusieurs questions: ce sont elles que nous allons examiner en nous aidant des faits que fournissent les calculeux que vous observez journellement »

1^o *Les calculs de la vessie sont-ils une cause prédisposante ou déterminante de cystite ?*

Un calcul peut séjourner très longtemps dans une vessie saine sans provoquer de cystite.

Le calcul de la vessie n'est ni une cause déterminante, ni même une cause prédisposante de cystite.

On peut poser en principe que tous les calculeux dont la vessie n'a pas été infectée par un cathétérisme ou une exploration, ne présentent pas de cystite dans le cours de leur affection.

La raison de cette particularité curieuse est due à ce que le calcul primitif de la vessie se développe toujours de façon aseptique.

Les symptômes d'irritation vésicale produite par les calculs sont absolument

passagers ; provoqués un jour par un exercice quelconque, ils disparaissent le soir ou le lendemain par le repos. Ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour déterminer la cystite dans une vessie saine.

Il faut un autre élément pour qu'elle devienne réceptive et s'infecte ; c'est une évacuation incomplète et surtout une exploration ou une évacuation faite sans toutes les précautions désirables.

La preuve matérielle de ce fait nous est fournie par la clinique. A chaque instant il nous arrivera d'explorer, pour la première fois, un calculeux dont la vessie ne présente aucun indice de cystite, et chez lequel l'interrogatoire nous permettra d'affirmer l'existence d'un calcul ancien, et même de plusieurs années.

Le calcul primitif qui excite la vessie par ses contacts répétés, surtout à la suite de marche, d'exercices, produisant d'une façon passagère des mictions fréquentes et même douloureuses, le calcul qui "injurie" la vessie, pour employer l'expression énergique des auteurs anglais, ce calcul-là ne fait pas de cystite.

C'est en grande partie parce qu'il n'est pas rétentionniste que le calculeux n'est pas candidat à la cystite.

Lorsqu'un malade soupçonné de calcul n'a jamais présenté de cystite, ce n'est pas une raison, bien au contraire, pour éliminer le diagnostic de calcul.

2° *La cystite peut-elle provoquer la formation des calculs ?*

Sous l'influence de conditions favorables, la formation de calculs secondaires, dans une vessie infectée, peut être très rapide.

Ces conditions sont au nombre de trois pour la vessie :

1° Evacuation incomplète de la vessie.

2° Infection vésicale ancienne et profonde.

3° Réaction alcaline des urines.

La condition qui favorise directement la formation des calculs phosphatiques secondaires, celle qui est nécessaire à leur production, c'est la transformation de la réaction, normalement acide, des urines, en réaction alcaline.

La raison de leur production est purement locale, vésicale, et c'est pourquoi leur traitement doit être exclusivement local et vésical (c'est le contraire pour les calculs diathésiques.)

Evacuer la vessie, la désinfecter, lutter contre l'alcalinité des urines, tels sont les trois principes que vous devez appliquer pour empêcher les récidives.

Les calculs qui récidivent rapidement sont précisément ceux dont nous sommes les plus maîtres au point de vue de la guérison. Il suffit en effet, d'un traitement local bien dirigé pour empêcher leur retour.

3° *La cystite des calculeux a-t-elle une nature et une marche particulière ?*

Sa nature semble absolument la même que celle de toutes les autres cystites.

Il en est tout autrement de sa marche.

La cystite primitive compliquée de calculs secondaires s'aggrave de plus en plus si elle n'est pas traitée.

La cystite secondaire a un calcul primitif, dont nous savons la rareté et qui est consécutive ordinairement à une exploration septique, guérit facilement. Souvent le repos et les tisanes suffisent ; quand elle est plus marquée, une médication générale calmante et locale en viendra facilement à bout.

L'intensité de la cystite n'est jamais une raison suffisante pour contre-indiquer ou retarder beaucoup une opération, comme la lithotritie ou la taille, ayant pour but de débarrasser immédiatement la vessie de ses calculs.

4° *Quelle est l'influence exercée par la cystite des calculeux sur la sensibilité et la contractilité de la vessie ?*

Toute vessie saine est insensible ou peu sensible au contact, tandis qu'elle est toujours sensible à la tension.

La sensibilité n'apparaît, et ne devient très prononcée, sans jamais d'ailleurs atteindre le degré de la sensibilité à la tension, que dans le cas de cystite.

Contrairement à l'opinion généralement répandue, la pierre n'est pas une affection douloureuse, alors qu'elle n'est pas compliquée de cystite.

Tout au plus les calculeux sentent-ils leur pierre quand elle est trop brusquement déplacée ou soumise à des mouvements répétés, ou bien encore lorsqu'elle appuie contre le col et tend à s'y insinuer.

Cette insensibilité au contact est pour le malade un privilège qui est un bonheur, car elle rend l'évolution de son affection peu douloureuse, mais un privilège fâcheux, car elle lui fait souvent retarder une opération qui demanderait à être pratiquée de bonne heure.

Tel calculeux qui n'avait jamais ou à peine senti sa pierre tant que sa vessie était saine, souffre horriblement des contacts permanents imposés par son calcul à sa muqueuse vésicale infectée. C'est alors qu'on peut constater les symptômes de la *cystite douloureuse*.

La contractilité de la vessie est modifiée proportionnellement à sa sensibilité.

Une vessie saine de calculeux, qui est insensible aux contacts prolongés et répétés de l'explorateur métallique ou du lithotriteur se défend énergiquement dès que la cystite a fait son apparition.

La contractilité pathologique de la vessie, dans le cas de cystite calculeuse, nous rend encore un compte de certains faits intéressants, tels que les emprisonnements de calculs, dus aux contractions partielles de la vessie.

Très souvent, le calcul est dans une cachette, rarement il est perdu dans une oubliette. C'est dire qu'il est possible, et même facile, de le retrouver avec le lithotriteur, quand on s'est bien rendu compte des conditions créées par les contractions irrégulières des vessies atteintes de cystite.

En résumé, grande exagération de la sensibilité à la tension, apparition de la sensibilité au contact, contractions partielles de la vessie, telles sont les conséquences de la cystite des calculeux sur la sensibilité et la contractilité vésicales.

5° *La présence des calculs dans une vessie enflammée s'oppose-t-elle à l'action des traitements habituels de la cystite ?*

Non, car la cystite calculeuse ne demande qu'à se calmer, au moins chez les calculeux primitifs. Chez les calculeux secondaires, la cystite est souvent plus rebelle, mais on peut toujours l'atténuer assez pour éviter les contractions partielles et par suite, pouvoir faire l'exploration et les opérations consécutives.

La médication générale est insuffisante. Le repos au lit, les bois-sous-tièdes, les lavements calmants ont assez souvent raison de la cystite des calculeux primitifs; si elle résiste à cette médication, mais surtout dans le cas de calcus secondaires, il faudra instituer un traitement local.

Les lavages vésicaux, même très modérés, seront dans la plupart des cas absolument pros crits car ils réveillent inutilement et dangereusement la sensibilité et la contractilité vésicales: les instillations constituent le traitement de choix.

Il faut rejeter les instillations calmantes au chlorhydrate de morphine, à la cocaïne; tout au plus pourrait-on employer le gaïcol qui a semblé donner de bons résultats dans certains cas. Mais les instillations vraiment indiquées ici sont les instillations modificatrices, surtout celles au nitrate d'argent de 2 à 4 0/0. On voit souvent par ce traitement la douleur disparaître et la défense vésicale cesser très rapidement.

Quand l'évacuation de la vessie se fait mal et que l'infection urinaire est à redouter, ou a fait son apparition, la sonde à demeure est alors indiquée.

La cystite des calculeux, primitifs ou secondaires, peut toujours se guérir ou s'améliorer assez pour rendre possibles les explorations et les opérations dans des conditions favorables.

6° *La cystite est-elle une contre-indication à l'intervention et notamment à la lithotritie ?*

Non, puisque nous venons de voir qu'on peut d'ordinaire facilement supprimer ou atténuer cette cystite.

La taille hypogastrique est indiquée dans certains cas d'infection vésicale

ancienne et rebelle ; mais dans la très grande majorité des cas, la lithotritie sera l'opération de choix.

C'est l'opération la plus simple, dont les suites opératoires sont les plus bénignes, et c'est une opération aussi complète que la taille, quoiqu'on en ait dit, quand elle est faite dans de bonnes conditions.

On objecte qu'on a plus de chance de laisser des calculs ou débris de calculs dans la vessie, par conséquent de favoriser la récurrence ! ceci est inexact quand on a fait un bon broiement, une bonne aspiration, une vérification soigneuse.

Mais il n'est possible de bien procéder à ces différents temps de l'opération que si la vessie n'est pas trop sensible au contact et à la tension, et si elle ne dérobe pas, par ses contractions, les calculs à l'exploration et au lithotriteur.

7° *Quelle est l'influence du débarras de la vessie sur la cystite et par conséquent sur sa sensibilité et sur sa contractilité ?*

Elle est toujours remarquable.

La sensibilité et l'irritabilité vésicales, encore vives avant l'opération, disparaissent souvent complètement après elle.

L'infection urinaire survenant chez un calculeux qui vide mal sa vessie peut être guérie du même coup par la lithotritie.

Si la cystite était primitive, il ne suffit pas d'ouvrir la vessie et d'enlever le calcul pour assurer la guérison. Aussi bien après la taille qu'après la lithotritie, il faut soigner la vessie.

LA CHIRURGIE DE L'EMPHYÈME.

The surgery of empyema, by T. N. RAFFERTY.—*Medical Record*, Sept. 26, 1896.

Après avoir tracé l'histoire de la question, l'auteur ajoute :

Un grand nombre de cas d'emphyème surviennent chez des enfants et peuvent souvent s'améliorer sans qu'on soit obligé de recourir à un traitement radical. Avant de décider si l'on doit faire une aspiration, une incision ou une résection de côtes, il faut considérer la chronicité de la maladie, l'état du poumon et la viscosité du pus contenu dans la cavité. Le Dr Tiffany, de Baltimore, est d'avis que le caractère du pus a une grande influence sur le pronostic et le choix de l'opération. On examine le pus retiré à l'aide d'une seringue hypodermique : si le pus contient des cocci pyogènes, tout traitement sera inutile ; s'il ne contient que des staphylocoques et des pneumocoques, il suffit de l'enlever sans faire d'irrigation ; la présence du streptocoque entraîne la nécessité d'une résection suivie de lavage.

On devra donc regarder comme bénins les cas dus à une infection pneumococcique ou staphylococcique ; ceux qui sont causés par une infection putride déterminée par des saprophytes sont très défavorables ; les cas à streptocoques tiennent le milieu entre ces deux groupes. Cependant, dans beaucoup d'effusion de la plèvre, on ne trouve aucun microbe ; on croit que ces cas sont tuberculeux, sans en être sûrs. Si l'emphyème est dû à une infection mixte, la gravité du pronostic dépend du degré de virulence du microbe qui prédomine.

Le traitement opératoire de l'emphyème doit avoir deux buts : 1° évacuer le liquide contenu dans la cavité ; 2° oblitérer cette cavité en rapprochant les parois. On ne doit recourir à l'intervention chirurgicale que lorsque le diagnostic est certain et que les symptômes sont urgents.

On pratique l'aspiration dans le 6e espace intercostal ; l'endroit précis est laissé au choix de l'opérateur. Il doit être suffisamment bas pour permettre de vider la cavité, et suffisamment haut pour être hors d'atteinte du diaphragme, qui s'élève lorsque le pus se vide. Si le liquide est séreux et si l'asepsie a été bien faite, l'intervention sera suffisante ; on ne la fera pas suivre d'un lavage antiseptique. La récurrence survient généralement lorsqu'on a affaire à du pus ; il faut alors avoir recours à une simple incision, ou à une incision suivie de

drainage (méthode de Beulau). Ces méthodes favorisent l'expansion du poumon et par conséquent l'occlusion de la cavité ; elles laissent le patient dans un bien meilleur état que lorsque cette occlusion est amenée par une rétraction de la cage thoracique.

Quand, pour une cause ou pour une autre, il est impossible d'obtenir par ces méthodes un drainage suffisant, on devra alors réséquer un bout de côte (un pouce est suffisant). Dans les cas où le poumon est maintenu par des adhérences et son expansion rendue impossible, l'opération d'Estlander est indiquée : il faudra alors faire une résection des côtes suffisante pour que la cage thoracique, en se déprimant, amène la plèvre costale en contact avec les tissus péri-pulmonaires.

Contre-indication du lavage de l'estomac cancéreux. (Union méd. du Nord-Est.)—Le Dr COLLIGNON a recueilli une dizaine de cas d'estomac cancéreux, dans lesquels le lavage a été funeste. Lorsque ces lavages sont faits chez les cachectiques, il se produit d'abord un soulagement, mais bientôt l'état général s'aggrave et le malade meurt en proie à une véritable auto-infection.

L'auteur estime qu'avant le lavage le pouvoir absorbant de la muqueuse tapissée d'un enduit glaireux est presque nulle. Au contraire, après ce lavage, lorsque cette portion du tube digestif est débarrassée de son contenu et du mucus qui tapissait sa surface épithéliale, les tuniques se rétractent vite, la circulation s'y rétablit et l'activité fonctionnelle renaît. Cette douche interne, véritable coup de fouet, réveille l'organe en souffrance, et lui rend un pouvoir absorbant considérable.

Dans ces conditions, l'auto-infection est rendue facile, le cancer continuant à élaborer et à verser dans l'estomac des toxines d'autant plus dangereuses que l'organisme est atteint dans toutes ses œuvres vives.

Obstruction intestinale par des calculs de salol.—M. ROBIN a présenté l'observation d'un malade qui eut, pendant trente-six heures, des phénomènes d'obstruction intestinale, terminés par l'évacuation de calculs que l'analyse chimique démontra être constitués par du salol.

Il est remarquable que du salol, introduit dans l'organisme à l'état pulvérulent, se soit transformé, sous l'influence d'actions chimiques inconnues, en cristaux.

Le poids total de ces calculs était de 4 grammes ; le plus gros pesait deux grammes.

M. ROBIN, en terminant, insiste sur :

- 1° La possibilité de la formation de sable intestinal d'origine thérapeutique;
- 2° La cristallisation dans l'économie de salol absorbé à l'état pulvérulent;
- 3° Sur ce nouvel inconvénient de l'antispésie intestinale.

Nous parlions, dans notre dernière revue d'hygiène, de l'emploi de l'ozone dans le traitement de la coqueluche. Le Dr Doumer rapporte, dans le *Nord Médical*, 14 cas traités avec succès par cette méthode. Les inhalations duraient de 10 à 15 minutes, deux fois par jour. Dès le second jour, les quintes de toux étaient plus espacées, les vomissements disparus ; mais la guérison ne demeurait permanente qu'après 9 à 15 jours de traitement. Les malades étaient âgés de 3 à 35 ans ; les quintes de toux se renouvelaient, avant l'administration de l'ozone, de 20 à 60 fois par minutes.

Le Dr Guyon a présenté à l'Académie de Médecine, à sa séance du 13 avril, au nom de M. Albarran, un cystoscope qui permet de pratiquer le cathétérisme des uretères sans déplacer l'instrument.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LIGATURE ET PANSEMENT DU CORDON OMBILICAL

Par le Dr A. SCHWAB.

Après la naissance de l'enfant, celui-ci reste encore attaché à la mère par le cordon ombilical. Le premier soin de l'accoucheur ou de la sage-femme consiste donc à séparer complètement l'enfant de la mère grâce à la section du cordon.

Cette opération en apparence si simple, n'en a pas moins suscité un grand nombre de discussions parmi les accoucheurs, discussions qui ont porté sur les points suivants : Est-il utile de lier le cordon avant de le sectionner ? A quel moment est-il préférable de le lier et quelle substance faut-il employer pour la ligature ? Quel doit être le pansement consécutif du cordon ?

Nous allons envisager successivement ces différents points.

1^o. Et, tout d'abord, *est-il utile de lier le cordon ?*

Quelques accoucheurs, se fondant surtout sur ce qui se passe chez les animaux, avaient nié autrefois l'utilité de la ligature du cordon avant sa section. Et des auteurs tels que P. Dubois, Depaul, Zimmermann, Wolfart, ont fait un grand nombre de fois la section simple du cordon sans ligature, et n'ont pas observé d'hémorragie consécutive. Mais nous devons ajouter immédiatement que dans tous ces faits la respiration de l'enfant était bien et dûment établie.

En effet, quand la respiration s'opère régulièrement, le sang du cœur droit afflue vers le poumon, empêchant ainsi le reflux vers la veine ombilicale ; et d'autre part, la rétraction rapide des artères ombilicales s'oppose à une hémorragie par ces artères. (Tarnier, Ribemont). Mais que la respiration soit gênée et s'effectue mal (maillot trop serré, obstruction des voies aériennes par du liquide amniotique, faiblesse congénitale, etc.), et la circulation reprendra dans le cordon pouvant donner lieu ainsi à des hémorragies graves, souvent mortelles, si la ligature du cordon n'a pas été pratiquée.

D'ailleurs, l'argument tiré du règne animal ne résiste pas à l'examen des faits ; les animaux, en effet, mâchent, piétinent ou étirent le cordon pour le sectionner, manœuvre bien différente de la section nette opérée par un instrument coupant.

En résumé, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour recommander la ligature du cordon ou plus exactement du bout fœtal du cordon, dans tous les cas indistinctement.

2^o La nécessité de la ligature du cordon étant dûment reconnue, *à quel moment faut-il la pratiquer ?*

Sur ces points, les accoucheurs diffèrent d'avis.

Mauriceau, Clément, Zweifel, recommandent de ne faire la ligature qu'après la délivrance, c'est-à-dire après la sortie du placenta. M. Auvard appelle ce procédé : "La ligature retardée." Cette méthode est complètement abandonnée aujourd'hui.

Actuellement, deux procédés restent en présence : celui de la *ligature immédiate*, (pratiquée tout de suite après l'expulsion de l'enfant), et celui de la *ligature tardive*, (faite quelques minutes après l'expulsion).

Cazeaux, Verrier, Joulin, Pénard et d'autres, recommandent de lier et de couper le cordon immédiatement après la naissance de l'enfant. Stolz, partisan aussi de la ligature hâtive, dit cependant d'attendre, pour lier le cordon, que l'enfant respire librement et pousse des cris.

Au contraire, Nægelé, Leroy, Jacquemier attendaient pour faire la ligature, que les battements du cordon fussent devenus très faibles.

Plus récemment, (1875), sous l'impulsion du professeur *Tarnier*, on reprit cette question de la ligature tardive, et les auteurs appuyèrent leurs conclusions sur des preuves vraiment scientifiques. M. Tarnier, en effet, pensa que la ligature faite immédiatement après l'expulsion de l'enfant, devait priver ce dernier de la quantité de sang contenue encore dans le placenta et qui appartient en réalité à l'enfant.

Il fit donc faire, par son élève, M. Budin, une série de recherches "destinées à évaluer la quantité de sang qui s'écoule par le bout placentaire du cordon lorsqu'on fait la ligature immédiate et celle qui s'écoule par la même voie lorsqu'on fait la ligature de 1 à 2 minutes, après la cessation de tout battement des artères ombilicales."

En un mot, M. Budin évalua la quantité de sang fœtal contenu encore dans le placenta, après l'expulsion de l'enfant et dont on prive ce dernier par la ligature hâtive. Cette quantité de sang constitue le *reservblut* de Schüking.

M. Ribemont, en 1879, a repris ces expériences de son côté. De ces différents travaux il résulte que la ligature tardive pratiquée après cessation des battements dans le cordon fait bénéficier l'enfant d'une quantité de sang qui peut être évaluée à 92 grammes. Or, si l'on admet avec Welcker que la masse totale du sang d'un nouveau-né de 3,000 grammes est de 158 grammes, l'on se convaincra facilement de la perte considérable de sang que l'on fait subir à l'enfant par la ligature hâtive.

M. Ribemont, de plus, a démontré que le sang contenu dans les vaisseaux placentaires est nécessaire à l'établissement normal de la troisième circulation, Et Hélot, de Rouen, de son côté, a montré, en 1877, que la ligature tardive augmente notablement la richesse globulaire du sang du nouveau-né.

Enfin, MM. Budin et Ribemont ont fait voir par leurs expériences que la diminution initiale de poids des enfants nouveau-nés était moins marquée après la ligature tardive qu'après la ligature immédiate, et qu'au dixième jour l'augmentation de poids de l'enfant était plus considérable, après la ligature tardive.

Aussi bien, à l'heure actuelle, la plupart des accoucheurs pratiquent la ligature tardive. Mais à quel moment exact faut-il faire cette ligature tardive?

M. Porak (thèse de Paris, 1878), admettant avec Schüking que la pénétration du sang placentaire dans le corps du fœtus est due à la rétraction et à la contraction de l'utérus, regarde les artères ombilicales comme la soupape de sûreté de la circulation fœtale. M. Porak veut donc qu'on pratique la ligature dès que cessent les battements des artères ombilicales. Si, d'après M. Porak, on attend au contraire, pour faire la ligature du cordon, que les battements des artères ombilicales aient cessé depuis 2 ou 3 minutes, on risque de surcharger le système circulatoire de l'enfant, prédisposant ainsi ce dernier aux hémorragies et à l'ictère. Mais MM. Budin et Ribemont ont nettement démontré que le sang du placenta passe dans le fœtus, grâce à l'aspiration thoracique de ce fœtus. Et tout récemment M. Maygrier (journal *l'Obstétrique*, No du 15 mars 1896), a mis en lumière le rôle exclusif joué par l'aspiration thoracique, en montrant par 8 observations probantes que le cordon continue de battre et que le sang continue de passer du placenta au fœtus, alors même que le placenta sort de l'utérus en même temps que le fœtus.

En un mot, l'argument de M. Porak ne trouve plus de défenseur et actuellement on pratique la ligature de la façon suivante : dès que l'enfant est né, on le met en travers entre les jambes de la femme, il reste attaché par le cordon ; on lui enlève les mucosités de la gorge ; on essuie superficiellement avec un linge sec tout son corps, puis on le place dans un linge chaud.

On attend alors que la circulation fœto-placentaire ait cessé complètement et que les battements du cordon n'existent plus. Mais il faut avoir soin, pour

se rendre compte de l'existence ou de la non existence des battements funiculaires, d'examiner le cordon assez loin de l'ombilic, car, au voisinage de l'ombilic, il peut persister pendant très longtemps des battements transmis, alors qu'en réalité la circulation fœto-placentaire est arrêtée depuis longtemps.

Les battements du cordon durent en général quelques minutes. Dès que ces battements ont cessé complètement, on procède à la ligature du cordon.

En général, il suffit de jeter une ligature sur le bout fœtal du cordon. Quelques auteurs cependant font deux ligatures sur le cordon et le sectionnent entre les deux ligatures. Mais la ligature du bout placentaire n'est vraiment utile que dans le cas de grossesse gémellaire, alors qu'il pourrait exister une circulation commune aux deux fœtus. M. Auvard fait une ligature sur le bout placentaire, "au niveau de la vulve pour avoir un indice du décollement et de la descente des annexes."

3° Où et comment faut-il lier le cordon ?

Il faut placer la ligature à 2 ou 3 travers de doigt de l'ombilic en moyenne à 3 centimètres de cet ombilic. Si la première ligature cède, on a ainsi suffisamment de place pour refaire une seconde ligature. De plus on évite autant que possible en plaçant la ligature à une certaine distance de l'ombilic de comprendre dans la ligature une anse intestinale herniée.

La ligature faite on sectionne le cordon à 1 centimètre au delà et on s'assure avant d'emmailloter l'enfant qu'il n'y a point d'hémorragie. Pour faire la ligature on se sert d'ordinaire d'un fil fort de Bretagne ciré ou bien d'un fil de soie tressé. Mais il est de toute nécessité d'employer un fil bien et dûment aseptisé : à cet effet on fait bouillir le fil dans le sublimé par exemple et on le conserve dans la solution de sublimé. On fait la section du cordon avec les ciseaux rigoureusement stérilisés et trempant dans une solution phéniquée.

Si on omet ces précautions antiseptiques, on risque de voir survenir des accidents infectieux (érysipèle péri-ombilical, lymphangite, omphalite, artérite, phlébite, septicémie.)

Donc avec un fil fort bien aseptique on pratique une première ligature en faisant pour plus de sûreté le nœud du chirurgien. On sert progressivement et suffisamment le nœud afin de bien étreindre les vaisseaux ; mais il ne faut pas serrer trop pour ne pas couper le cordon. Puis faisant passer les deux chefs du fil dans la rainure faite par la première ligature on refait au point diamétralement opposé un second nœud.

Mais il est des cas où la ligature que nous venons de décrire n'offre pas assez de sécurité. Nous voulons parler des cas où la gélatine de Wharton est très abondante, où, en d'autres termes le cordon est *gras*.

Qu'arrive-t-il avec ces cordons gras ? La gélatine de Wharton se dessèche rapidement, les vaisseaux ombilicaux cessent bientôt d'être comprimés par la ligature et des hémorragies gravent survenir surtout si l'enfant fait des efforts ou est trop serré dans ses langes.

On a indiqué successivement une série de moyens pour prévenir ces hémorragies dans les cordons gras. On a recommandé 2 ou 3 ligatures superposées ; mais ces 3 ligatures deviennent simultanément inefficaces. Puis on a conseillé de faire des monchetures sur le cordon, de faire sortir par expression une certaine quantité de gélatine de Wharton et de pratiquer ensuite la ligature. M. Tarnier d'abord, puis M. Budin recommandèrent la ligature *élastique*. M. Budin se sert d'un fil élastique qui mesure 2 millimètres à la filière Charrière. "On tend le fil par une traction modérée pendant qu'on l'enroule plusieurs fois autour du cordon, puis on arrête les deux bouts de fils par un double nœud."

Mais ce fil élastique peut glisser et s'échapper ; aussi M. Tarnier a-t-il imaginé le *procédé de l'allumette*. On applique sur le cordon et parallèlement à sa longueur le bois d'une allumette. On comprend alors dans la ligature élastique le cordon et l'allumette, cette dernière empêchant le fil de glisser. Lorsque le nœud est fait, on prend entre deux doigts les deux extrémités de l'allumette, on

exerce avec l'autre main une pression sur le centre de l'allumette. Celle-ci se brise, et on retire facilement les deux extrémités brisées. Et le lien élastique tient fortement. Cette ligature élastique exerce une pression continue et forte; et elle ne présente pas l'inconvénient de sectionner le cordon comme on aurait pu le craindre.

Mais on n'a pas toujours un fil élastique à sa disposition. Aussi M. Budin emploie-t-il depuis quelques années, pour la ligature des cordons gras, un autre procédé qu'il vient d'exposer tout au long dans le journal *l'Obstétrique* (No 1, janvier 1896, p. 61). (1) Voici comment se pratique cette ligature: "A. Avec un fil de lin simple ou double, de 25 à 30 centimètres de longueur environ et qui a été trempé dans une solution de sublimé, on fait sur le cordon, à 2 ou 3 centimètres de l'ombilic, une ligature circulaire bien serrée. On coupe ensuite le cordon à 1 centimètre au delà de la ligature.—B. On dirige en haut la surface de section du cordon. Les deux chefs du fil qui a servi à la ligature étant séparés, l'un de ces chefs est placé dans le sillon fait par la ligature et reporté sur la circonférence du cordon jusqu'au point opposé. Les deux chefs du fil sont alors placés sur la surface de section; on les croise, on serre, puis on fait un nœud. Cette seconde ligature perpendiculaire à la première sépare les vaisseaux du cordon.—C. Il suffit ensuite de procéder à la ligature de chacune des moitiés du cordon. Les deux chefs passent à droite et à gauche d'une des moitiés; on serre et on noue." Ce procédé aurait toujours donné à M. Budin d'excellents résultats.

Si par hasard, au cours de la ligature du cordon, ce dernier s'arrache au ras de l'ombilic, on peut essayer de pincer les vaisseaux et de les lier avec un fil de soie.

4° *Pansement du cordon.*—Autrefois, une fois la ligature du cordon faite, on appliquait sur le moignon un pansement composé de morceaux de toile enduits de cérat ou de vaseline. Aujourd'hui on rejette avec raison ces pansements surannés qui empêchent le cordon de se dessécher, et on ne fait plus le pansement du cordon que de la façon la plus simple que voici: on applique sur le moignon une petite plaque d'ouate hydrophile bien aseptique et sèche, que l'on renouvelle aussi souvent qu'il est nécessaire et qu'on fixe avec une bande ou simplement avec le maillot. Mais, dans ce pansement, il faut avoir soin de relever le moignon du cordon en haut pour éviter qu'il ne soit contaminé par l'urine ou les matières fécales.

Dans ces derniers temps, quelques auteurs Keilmann, Wainstein, Bouffe de Saint-Blaise, se sont élevés contre l'usage des *bains* au moins jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie ombilicale. Les bains constituent, en effet, pour le moignon ombilical un traumatisme et apportent un retard à sa dessiccation. L'eau du bain, de plus, peut favoriser l'infection de la plaie ombilicale. Dans la clinique de Keilmann, à Breslau, sur 400 enfants non baignés, aucun n'eut de fièvre; de plus, ces enfants eurent une baisse de poids moindre que les autres, et l'augmentation de poids commença un jour plus tôt et se fit plus régulièrement. La chute du cordon se fit en moyenne le septième ou le huitième jour. Et jamais on n'observa aucune complication ombilicale.

D'où la conclusion de l'auteur que l'abandon du bain est utile à l'enfant.

Le cordon, une fois tombé, la cicatrice ombilicale est d'ordinaire parfaite et tout traitement ultérieur devient inutile. S'il persistait une petite surface rouge légèrement suppurative, il suffirait d'appliquer un pansement sec antiseptique.

TRAITEMENT RATIONNEL DES DOULEURS PELVIENNES.

Nos lecteurs savent combien nous nous préoccupons des rapports de l'hystérie et de la neurasthénie avec les affections pelviennes et ils ont peut-être gardé le

(1) Voir *l'Union Médicale* du Canada, 1896, page 97.

souvenir de l'étude que j'ai publiée, il y a 4 ans déjà, sur la *sémiologie et le traitement des grandes névralgies pelviennes*, à une époque où l'hystérectomie était présentée comme le remède suprême des douleurs pelviennes liées, disais-je, à l'état névropathique de la malade beaucoup plus qu'aux lésions locales de l'utérus et des annexes. Depuis lors, le Dr Chéron a étudié les utéroptoses dans leurs rapports avec les interventions chirurgicales et les a rapportées à la neurasthénie qu'il importe de combattre autant et plus que l'abaissement de l'utérus lui-même. Nous avons insisté, à plusieurs reprises, sur la nécessité étroite dans laquelle se trouve le gynécologue, s'il veut faire œuvre utile, de bien connaître et de bien traiter la neurasthénie, si fréquente chez un grand nombre des malades que nous avons à soigner; les injections hypodermiques de sérum artificiel, suivant les règles établies par le Dr Chéron dans son important ouvrage sur les *Lois générales de l'hypodermie*, nous rendent, à ce point de vue, des services considérables, que nous rappelons une fois de plus à nos lecteurs.

La *Clinique Montréal*, dans son numéro de février 1897, nous apporte, sous la signature du Dr Webster, un nouveau plaidoyer en faveur du traitement rationnel des douleurs pelviennes, chez la femme. Ces idées sont trop conformes aux nôtres pour que nous résistions au plaisir de citer quelques extraits de cet intéressant article.

« Lorsqu'on se trouve en présence de douleurs pelviennes, dit M. Webster, il faut avoir présent à l'esprit, les points suivants :

1° Les douleurs peuvent être dues à des lésions pelviennes suffisantes à les causer par elles mêmes.

2° Les douleurs peuvent exister en même temps que des lésions minimales, capables, tout au plus, de causer de légères souffrances.

3° Les douleurs peuvent être un symptôme pelvien associé à quelque condition incapable par elle-même, de produire ce symptôme.

4° Elles peuvent être un symptôme prédominant dans certains cas où un changement d'aucune sorte n'existe dans les organes du petit bassin.

Il est, dès lors, évident que d'autres facteurs que les troubles locaux peuvent être mis en cause pour expliquer les phénomènes objectifs que nous considérons.

Parmi ces derniers, les troubles nerveux, la névrose dans l'acception la plus large du mot, tiennent la place principale. Cet état est rapporté au bassin de manières variées.

Dans un groupe de cas, des lésions locales, capables ou non par elles-mêmes, de produire les symptômes douloureux, peuvent avoir été la cause primaire d'une complication névropathique. Et plus l'état nerveux s'accroît, plus les douleurs pelviennes acquerront d'intensité, la réaction nerveuse se manifestant au siège même de la lésion primaire.

Dans une autre classe de malades, il peut y avoir une très légère affection pelvienne causant un léger malaise. L'état nerveux peut être dû à une cause tout à fait étrangère au bassin et se manifester par de violentes douleurs rapportées, par la malade, à la lésion pelvienne.

Dans une autre variété, chez des malades fortement névropathiques, on verra de violentes douleurs pelviennes exister en l'absence de lésions d'aucune sorte.

D'autres malades offrent cette particularité que la douleur pelvienne est, pratiquement, la seule manifestation de l'état névropathique. Ces cas peuvent être assimilés à ceux dont "l'idée fixe" constitue le caractère.

Dans d'autres cas, la douleur persiste, par continuation de l'action réflexe, après que la lésion causant les douleurs a été guérie. Dans ces cas, le système nerveux de la malade a si bien enregistré la douleur qu'il continue à la reproduire par habitude et en dépit de tout contrôle possible de la part des centres nerveux d'ordre plus élevé. La biologie a démontré que cette manière d'impressionner le système nerveux est indiscutable. On trouve, de ce phénomène

un exemple frappant dans la continuation des douleurs dans les mêmes orteils, après et même longtemps après qu'un pied gouteux a été amputé."

" Il est bien moins malaisé, dit encore M. Webster, de faire quelques entailles, d'appliquer quelques points de suture que d'analyser avec soin et patience un cas embarrassant, difficile, et d'employer toute votre énergie, toute votre volonté à maîtriser un système nerveux détraqué."

Enfin, l'auteur insiste sur ce fait que le médecin doit être bien pénétré de cette pensée " que l'esprit a sur l'organisme un pouvoir transcendant ; que les effets des maladies peuvent être considérablement modifiés par les influences capables d'agir sur les centres cérébraux et cela spécialement dans les troubles dus aux névroses." Le médecin " se fera dès lors une loi, lorsqu'il traitera une douleur pelvienne chez la femme, non seulement d'employer les moyens locaux et opératoires, non seulement de l'aider des toniques généraux, mais de convaincre la malade qu'il faut de toute nécessité éloigner de son esprit la pensée de ses troubles pelviens ; de lui enseigner de se contrôler ; de la consoler ; de lui enlever la crainte et l'inquiétude sur la gravité de son état et de lui faire comprendre l'importance qu'il y a à contre carrer le développement de toute névropathie qui pourra se manifester chez elle."

JULES BATGAUD,

Revue des Maladies des Femmes, mars 1897,

LA DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE DES FIBROMES EST-ELLE FRÉQUENTE ?

Quelque partisan que l'on puisse être de la non-intervention dans les tumeurs fibreuses, et cela surtout en raison de la mortalité toujours élevée de l'hystérectomie appliquée aux cas de fibro-myomes, il est certain que l'on devrait modifier ses idées à ce sujet si la dégénérescence maligne des fibromes après la ménopause était fréquente. M. Jacobs (de Bruxelles) soutient, d'après son expérience personnelle, que les fibromes dégèrent souvent en cancer et il y voit une raison de plus pour opérer, de parti pris, dès que le diagnostic est posé, tous les fibromes, quel qu'ils soient, même en l'absence de toute complication.

Nous croyons, pour notre part, que M. Jacobs est tombé sur une série exceptionnellement grave et que, jusqu'à plus ample démonstration, il convient de tenir les tumeurs fibreuses pour des tumeurs bénignes qui n'entraînent plus d'accidents après la ménopause et le plus ordinairement finissent par s'atrophier après la cessation des règles. Nous restons, par conséquent, partisans convaincus de la non-intervention.

Voici, d'ailleurs, la réponse que le Dr Dorff (de Bruxelles) a faite à l'opinion ci-dessus exposée de M. Jacobs, d'après le compte rendu officiel de la *Société belge de Gynécologie* (séance du 22 nov. 1896).

" M. Jacobs a dit à différentes reprises, et notamment dans notre dernière séance, qu'il considère un fibrome comme une tumeur plus ou moins maligne dont l'extirpation immédiate est toujours indiquée. Pour justifier cette manière de voir, il se base sur ses observations personnelles qui lui ont montré que la plupart des fibromes ne diminuent pas après la cessation des règles ; qu'au contraire, ils augmentent et même qu'ils dégèrent le plus souvent en tumeurs malignes. Tout chirurgien expérimenté déduit les indications et les conclusions quant à la nécessité de faire telle ou telle opération tout d'abord de ses propres observations et expériences, mais en tenant toujours compte, dans une certaine mesure, de celles d'autres chirurgiens. C'est ainsi qu'il existe certaines questions dans notre spécialité qui ne peuvent être résolues que par un travail commun, par les observations accumulées de différents chirurgiens et par une critique sans parti pris. Il en est de même de la question de savoir si les observations de M. Jacobs sont corroborées par les observations des autres. Je m'occupais déjà de gynécologie à une époque où l'opération du fibrome, à cause de

sa gravité, n'était exécutée que lorsqu'il y avait indication vitale. J'ai donc pu suivre la marche d'un grand nombre de fibromes avant et après le retour d'âge. J'ai souvent pu, chez la même personne, assister à l'évolution du fibrome, non seulement pendant la vie-gestative, mais même après la ménopause. Je puis affirmer que bien rarement, à cette époque, se présentaient des indications suffisantes pour nous autoriser à intervenir autrement que par le traitement symptomatique, qui alors constituait la pratique générale admise par tous.

Il y a vingt et un ans, c'est-à-dire en 1875. Hegar a exécuté la première myomectomie par laparotomie en Allemagne. Aujourd'hui on ne comprendrait pas les attaques, les reproches que Hegar a dû subir par les adversaires de l'opération à cause de cette préten-tue hardiesse. Aussi fallut-il attendre que le temps eût amené, chez les esprits prévenus, un revirement notable pour que l'on songeât à proposer la myomectomie. Vers 1876 succédait la période de castration appliquée aux fibromes, opération introduite dans notre spécialité par Hegar. À part les deux premiers cas de castration, j'ai assisté pendant près de quatre ans à toutes les castrations faites par Hegar pour fibrome. Vous comprenez, Messieurs, que dans une clinique d'où émanait une nouvelle méthode opératoire qui fit tant de bruit, qui enthousiasmait tout le monde et qui rendait à des milliers de femmes la santé, des malades atteintes de fibromes affluaient en grand nombre de tous les coins du monde. J'ai donc trouvé dans cette clinique une occasion exceptionnelle d'observer un nombre considérable de fibromes de toutes formes, de tout âge, et autant que je me rappelle, je n'ai jamais rencontré un fibrome dégénéré. Ce n'est qu'à Bruxelles que j'ai observé une tumeur maligne de la matrice chez une femme de 64 ans ; elle n'avait jamais souffert auparavant.

J'ignore si cette dégénérescence s'est portée sur un ancien fibrome. Un cancer, accompagné d'un fibrome, est tout simplement une complication de celui-ci. J'en ai observé deux. On a même cru erronément, à une certaine époque, que le fibrome de la matrice la garantit contre le cancer.

Contrairement à ce que l'expérience m'a démontré, M. Jacobs a rencontré un si grand nombre de fibromes dégénérés après la cessation des règles, que, pour ce motif, il est d'avis que la simple constatation d'un fibrome chez une femme entraîne une intervention chirurgicale et immédiate. Le hasard, parfois, ménage au chirurgien toute une série de cas identiques dont l'accumulation accidentelle peut modifier momentanément une opinion. Quoi qu'il en soit, les observations recueillies par M. Jacobs, ne fussent-elles même pas l'effet d'un hasard heureux, devraient-elles encore, avant d'en accepter la déduction, être vérifiées et corroborées par des observations analogues émanant d'autres chirurgiens. Si cela était, il devient certain que la limite des indications opératoires, encore assez restreintes par un grand nombre de chirurgiens et des plus distingués, devrait être considérablement reculée. Quant à moi, je serais le premier à accepter ces larges indications avec enthousiasme. Nous serions alors délivrés de ce grand embarras de juger consciencieusement chaque fois qu'un fibrome se présente à nous, si l'intervention chirurgicale est indiquée d'après les multiples symptômes dus à la tumeur. Il n'en est malheureusement pas ainsi, et pour vous prouver, Messieurs, qu'à l'heure actuelle cette question est encore loin d'être suffisamment éclairée et unanimement résolue, je donne la parole au professeur Sanger, ancien maître de Jacobs. Sanger a émis, dans la Société de gynécologie de Leipzig, le 17 février 1896, son jugement en cette question, jugement basé sur ses observations et ses expériences personnelles. Voici dans quels termes il s'exprime :

Il est donc constaté, d'une façon absolue, que la plupart des fibromes, même d'une grandeur considérable, n'augmentent plus après l'âge climactérique retardé ; qu'ils deviennent souvent plus petits et même peuvent disparaître au point de ne pas être reconnaissables au toucher.

S'il n'était pas ainsi, se demande-t-il, comment pourrait-on expliquer que chez les femmes d'un âge avancé les fibromes se rencontrent si rarement, alors

que Bandl a établi que 10 0/0 des femmes prises dans leur ensemble sont atteintes de fibromes. Si, par hasard, on trouve un fibrome chez une femme vieille, ce fibrome est alors calcifié. La recrudescence d'un fibrome, aussi bien que sa dégénérescence en myosarcome et sarcome, après la cessation des règles, sont très rares; même il n'est pas encore démontré qu'il y a des myosarcomes qui se sont produits par la transformation des fibres musculaires en cellulaires sarcomateuses. Les fibromes diminuent par métamorphose graisseuse, diffuse et moléculaire; par la formation d'infarctus qui déterminent la nécrose graisseuse du tissu dans un espace plus ou moins grand; par l'apoplexie; par la formation passagère de cavités et sans compter que les fibromes peuvent s'éliminer assez souvent par voies naturelles à l'âge critique.

“ Le résultat des observations du professeur Sanger est donc tout à fait contraire à celui auquel arrive M. Jacobs.

“ En d'autres termes: il n'est nullement démontré jusqu'à présent que la majorité des fibromes subit la dégénérescence. Je n'ai d'autre intention pour le moment, en relevant la différence qui existe entre les observations de ces deux auteurs, que d'attirer votre attention et de vous engager de tenir bien compte de toutes vos observations qui se rapportent à cette question. Pour mettre en lumière le pour et le contre, et pour éviter toutes les discussions ultérieures, il faudrait aussi mettre dans cette statistique les cas de fibrome qui, à partir de la ménopause, diminuent, disparaissent, qui, en un mot, ne produisent plus aucun symptôme. Aussi arrivons-nous à une statistique comparative de la plus haute valeur, surtout concernant les indications opératoires.”

JULES BATAUD,

Revue des Maladies des Femmes, mars 1897.

EXAMENS DENTAIRES

Les examens pour l'admission à l'étude et à la pratique de l'art dentaire ont eu lieu dans le mois d'avril. Sur 21 candidats à l'étude, 9 ont été admis, M. Alex. Lemieux, pharmacien licencié de Québec, M. A. Trudeau, St. Hyacinthe, MM. Rowan, Adams, Mlle Giles, et 4 autres candidats anglais. Trois se sont présentés pour le doctorat et la licence, et ont été admis, ce sont MM. Berwick, Munro et McLaren. Sur 13 à la licence, 5 ont réussi: MM. David Waters, George Kent, Antoine Saucier, A. Giles et E. McDonald. Les prochains examens auront lieu le 6 octobre prochain. Le Bureau des dentistes a rendu obligatoire, à partir du prochain examen, un examen sur le grec, la physique, la philosophie, les éléments de chimie et la botanique; c'est dire que notre Bureau veut fermer la porte aux ignorants et nous l'en félicitons de tout cœur.

Du traitement du broiement de la main.—M. TILLAUX a fait connaître à ses élèves le principe qui doit régler la conduite du chirurgien, quand il se trouve en présence de doigts broyés.

Après l'accident le traitement doit se borner à mettre un pansement aseptique sur les doigts broyés, et à rendre la plaie absolument propre; en un mot des soins de propreté, aucune intervention chirurgicale.

Ultérieurement, au bout d'une quinzaine de jours, on peut intervenir; et en enlevant les parties nettement mortifiées on hâte la guérison. Toute opération faite plus prématurément risque d'enlever des parties qui n'ont rien de lésées, et de priver le patient d'un bout de doigt qui peut être d'une grande importance au point de vue de l'exécution de son travail.

REVUE D'HYGIÈNE

L'HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE.

Dans un discours prononcé au Congrès Médical Pan-Américain, à Mexico, (1) le Dr E. P. Lachapelle, président du Conseil d'hygiène de la province de Québec, affirmait que " Pasteur, en démontrant que l'air, que l'eau, que les aliments, que tout ce qui entoure l'homme et pénètre en lui peut contenir certains germes de fermentation qui sont la cause unique de certaines affections, Pasteur a éclairé d'un jour nouveau l'étiologie et la pathologie de toute une classe de maladies qui, infectieuses de par leur essence et contagieuses de par leur nature, sont une des causes les plus considérables de la mortalité. Et comme, par le fait même, il prouvait l'importance et l'action efficace de la prophylaxie, il a placé l'hygiène au premier rang de la science médicale moderne, puisque l'hygiène n'est que la prophylaxie en action." Plus loin, l'éminent président du Conseil ajoutait : " Aussi la prévention des maladies contagieuses a-t-elle pris ces dernières années un développement considérable. L'hygiène moderne s'est attachée à l'étude de la prophylaxie de ces maladies, et les résultats qu'elle a obtenus ont été tellement satisfaisants que la loi a cru devoir appuyer de son autorité l'exécution des moyens conseillés par elle. On compte aujourd'hui les villes qui n'ont pas d'hôpitaux d'isolement et d'étuves à désinfection, les pays qui veulent se passer de conseil d'hygiène et de quarantaines."

C'est en effet grâce aux progrès accomplis par la bactériologie et l'hygiène si la prophylaxie des maladies contagieuses occupe aujourd'hui une place importante dans l'organisation de la société. Les autorités civiles et gouvernementales, soucieuses de mettre leur responsabilité à l'abri et de protéger leurs intérêts, ont saisi avec empressement les moyens efficaces que l'hygiène mettait à leur portée. Le public s'est prêté de bonne grâce aux mesures nouvelles que l'on établissait dans l'intérêt de la santé publique et commence aujourd'hui à en apprécier les avantages. Le médecin demeure l'intermédiaire obligé, le dépositaire des connaissances du jour, l'aviseur du gouvernement et le conseiller du public. Et c'est ainsi qu'une science nouvelle a peu à peu modifié notre manière de vivre.

Les autorités civiles et gouvernementales ont le devoir de protéger la santé publique, et c'est aussi leur intérêt. Ceci n'est pas difficile à prouver. L'une des fonctions de l'autorité, c'est de protéger le corps social contre les ennemis du dehors et du dedans ; or, la maladie est un ennemi avec lequel il faut compter. Il est donc évident que s'il existe un moyen d'éviter la maladie, les autorités ont le devoir d'en faciliter l'exécution. Certes, certaines maladies sont demeurées jusqu'ici indépendantes de tout contrôle humain : telles sont les maladies héréditaires et celles de la nutrition. Mais il n'en est pas ainsi des maladies contagieuses, et la prophylaxie s'applique pour elles avec succès. Ceci a été démontré expérimentalement et pratiquement, à l'aide de l'isolement et de la désinfection. Une fois l'efficacité de la prophylaxie démontrée scientifiquement, cela devenait une obligation pour les autorités de l'établir : de là les hôpitaux d'isolement, les étuves à désinfection, les quarantaines, les bureaux d'hygiène, les inspecteurs sanitaires, les lois sur la santé publique, etc., etc.

Les autorités, d'ailleurs, ont prêté leur concours avec d'autant plus d'empressement qu'elles y voyaient un moyen de protéger leurs intérêts. Au point de vue administratif, la maladie est une perturbation dans l'organisation sociale. Que voyons-nous lorsqu'une épidémie a envahi une ville et y fait de sérieux ravages ? Rien ne va plus. Le commerce s'arrête, la circulation diminue, les

(1) Voir *Union Médicale* du Canada, Vol. XXV, page 705.

bureaux se ferment, les corps organisés cessent d'avoir leurs séances habituelles; quelquefois même les cérémonies du culte sont interrompues. Tout le monde ne songe qu'à protéger sa vie et celle des siens; la vie civile, pour un temps, est suspendue. Les autorités ont donc le plus grand intérêt à éviter un semblable désordre. Sans compter que la mortalité cause parfois des ravages terribles, enlève des membres éminents de la société et des fonctionnaires utiles à l'administration. D'ailleurs c'est un principe prouvé par la statistique que toute mort constitue une perte de revenu pour l'administration. c'est augmenter la richesse d'un pays que de protéger les habitants contre la maladie, et par conséquent la mort.

Le public ne pardonnerait pas aux autorités qui le gouvernement de le laisser sans protection. Pour le citoyen, quel qu'il soit, la santé est aussi nécessaire que le pain de chaque jour. Ouvrier, homme de profession, riche, peu importe: pour que la société fonctionne régulièrement il faut que chacun, chaque jour, puisse se rendre à son occupation habituelle, et retrouve chaque soir, son foyer à l'état normal. Faites entrer la maladie dans une maison, et vous dérangez tout le rouage social.

Or, remarquez bien que le citoyen n'a ni l'autorité ni la science suffisantes pour se protéger lui-même, et qu'il doit forcément avoir recours, pour la première, aux autorités constituées, et pour la seconde, au médecin. Le citoyen dira à l'autorité: La maladie fait rage dans le pays voisin ou la ville voisine, prenez les mesures nécessaires pour qu'elle ne vienne pas jusqu'ici. La maladie a envahi la demeure de mon voisin, voyez à ce qu'il prenne les précautions voulues pour qu'elle ne traverse pas chez moi. Occupez-vous aussi de la propreté générale, afin que le milieu ne soit pas favorable à une épidémie. Et il dira au médecin: Voici l'un des membres de ma famille qui est malade, dites moi si la maladie est contagieuse, afin que je mette les autres membres de ma famille à l'abri; vous seul connaissez la nature de la maladie, et je compte sur vous pour me prévenir. Et si la maladie est contagieuse, il lui dira en outre: Montrez-moi ce que je dois faire.

La responsabilité du médecin, dans ces circonstances, devient très grande. Ce serait un danger énorme que de l'ignorer. Comme nous le disions en commençant, le médecin demeure l'intermédiaire obligé entre l'autorité et le public, aviseur de la première et conseiller du second. Et il doit à son honneur et à sa réputation d'être à la hauteur de son rôle. Sans compter que la moindre négligence de sa part peut avoir les résultats les plus désastreux.

Quelle faute plus grande, par exemple, que de négliger la déclaration des maladies contagieuses, et par là d'apporter un obstacle insurmontable à l'établissement par les autorités d'une prophylaxie efficace. Le Dr Pelletier, secrétaire du Conseil d'hygiène de la province de Québec, dit à ce sujet dans le deuxième rapport annuel, page 11: "Nous nous expliquons difficilement comment un médecin peut être partie à une entente dans le but de cacher l'existence d'une maladie contagieuse aux autorités sanitaires municipales, et surtout qu'il le fasse pour conserver la clientèle d'une famille. Il se trompe grandement, s'il croit rendre service à cette famille, car tôt ou tard il s'apercevra que la famille a vu dans cette complaisance un abus de la grande confiance qu'elle avait en lui comme son médecin, comme son conseiller en matières qu'elle ne connaissait pas ou ne connaissait que trop peu."

Le Dr Pelletier cite le cas suivant, qu'il fait suivre de réflexions très sévères: "Un enfant appartenant à une famille influente d'une de nos villes tombe malade de diphtérie. Le médecin est appelé, mais ne déclare pas la maladie aux autorités sanitaires. L'enfant meurt et on lui fait des funérailles publiques auxquelles assistent un grand nombre de citoyens. Quelques jours après, un autre enfant tombe malade. Ce cas n'est pas déclaré non plus aux autorités municipales. L'enfant meurt, mais cette fois la famille et peut-être le médecin commencent à s'effrayer de la responsabilité qu'ils encourent, et on n'ose pas lui faire de funérailles publiques. On annonce la mort dans les papiers-nouvelles."

ajoutant "funérailles privées." Un troisième enfant tombe malade, le père se décide alors à faire la déclaration de ce troisième cas aux autorités sanitaires municipales qui, aussitôt, donnent des instructions pour l'isolement de l'enfant ; et la maladie ne s'étend pas davantage dans cette famille. Le médecin appelé à soigner dans cette famille croit-il lui avoir rendu service par son silence ? Evidemment non. L'isolement du premier malade, que l'autorité sanitaire eut ordonné, aurait très probablement empêché le second et le troisième enfant de prendre la maladie. Voici donc un médecin qui a contribué à exposer toute une famille et qui ne peut vraiment se laver les mains de la mort du second et de la maladie du troisième enfant. Ce médecin est-il bien digne de la confiance que l'on repose en lui : et, tout bon médecin qu'il puisse être pour traiter un malade, ceux qui ne sont pas encore atteints de la maladie sont-ils en sûreté avec lui ? Il a voulu être complaisant pour la famille, mais en présence d'un second décès et d'une troisième maladie, cette famille lui saura-t-elle gré de sa complaisance ? La responsabilité de ce médecin ne s'est peut-être pas arrêtée là cependant. Parmi le nombre de personnes qui assistèrent aux funérailles du premier enfant, et qui ont pénétré dans la maison infectée, qui sait si plusieurs n'ont pas transporté dans leurs propres foyers ou ailleurs le germe de la maladie ?

"Se retrancher derrière le secret professionnel, pour un médecin pris en flagrant délit de négligence à déclarer une maladie contagieuse, mérite à peine considération. Ce n'est pas en effet parce que son honneur serait en jeu qu'une famille demande au médecin de ne pas déclarer un cas de diphtérie, mais pour s'éviter ce que, dans son manque d'éducation, elle appelle des "vexations" de la part des autorités sanitaires et ce que nous appelons nous et à bon droit *secours et protection*. Nous sommes encore à rencontrer une famille qui, après qu'il n'est plus question d'isolement et de désinfection pour elle, ait objection à ce qu'il soit connu qu'elle a eu à souffrir de la diphtérie, etc. Il ne saurait certainement en être autrement même pour la variole, car cette maladie laisse des traces qui défont le secret le mieux gardé.

"En conclusion, nous espérons que les médecins, sans exception à l'avenir, verront dans la déclaration des maladies contagieuses et l'intervention des autorités sanitaires, non pas une mesure vexatoire, inutile, mais un secours de plus à donner aux familles atteintes de maladies contagieuses. Nous espérons, d'un autre côté, que les familles comprendront que de cette déclaration obligatoire découlent des mesures sanitaires nécessaires non-seulement pour la protection des voisins, mais pour la protection de la famille affligée elle-même."

Ces paroles du secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène font bien voir le rôle respectif du médecin et de la famille dans un cas de maladie contagieuse. Voici un autre exemple qui montrera ce qui peut survenir lorsque ni les autorités municipales, ni la famille, ni le médecin, ne s'intéressent aux questions d'hygiène prophylactiques.

Voici, pour le mois de mars 1897, le tableau de la mortalité causée par la diphtérie dans la paroisse de St. X.

Noms	Age	Durée de la maladie	Date du décès	Cause	Certificat signé par
1. Marie R.....	18 mois	5 heures	8 mars	Diphtérie	Le curé
2. Flaribert R....	5 ans	4 jours	10 "	Croup	Le médecin
3. Eva M.....	5 "	3 "	10 "	Diphtérie	Le curé
4. Rosa G.....	2 "	15 "	11 "	Croup	"
5. Rodrigue R....	8½ "	4 "	16 "	Diphtérie	"
6. George R.....	4 "	4 "	16 "	"	"
7. Léon L.....	6 "	4 "	26 "	"	"
8. Rose Ma.	2 "	10 "	28 "	"	"

La science médicale moderne nous a prouvé et nous enseigne que la diphtérie est une maladie extrêmement virulente et extrêmement contagieuse, mais que, en revanche, 1° le microscope permet d'en faire, au début, le diagnostic facile et rapide; 2° l'isolement et la désinfection, pratiqués suivant des règles rigoureuses, et dès le début, suffisent à empêcher la contagion; 3° l'administration du sérum antidiphtérique, faite à doses convenables, même lorsque la maladie offre des symptômes graves, comme, par exemple, lorsqu'elle est localisée au larynx, est le meilleur traitement à appliquer et le plus efficace: il guérit 88 0/0 des malades. On sait aussi que des doses faibles de sérum immunisent contre la maladie.

Examinons maintenant en détail la statistique de St. X. Nous pouvons en faire facilement l'analyse suivante. La diphtérie a régné dans la paroisse de St. X. pendant tout le mois de mars dernier; la mort a visité cinq familles et enlevé huit enfants. Il est impossible de dire combien d'enfants ont été atteints par la maladie; mais en étudiant le tableau précédent, on verra que ceux qui sont morts sont tombés malades, sauf deux exceptions, à six, huit et dix jours d'intervalle. Les enfants qui ont succombé ont été contagionnés successivement, et l'on aurait eu le temps en tenant compte de la période d'incubation de les mettre à l'abri, si l'on avait voulu prendre les mesures nécessaires. C'est parce que la maladie n'a pas été gênée dans sa marche qu'elle a pu se propager ainsi. Si par exemple Rose G., qui tomba malade le 25 février, et par conséquent la première, eut été isolée immédiatement, et son entourage désinfecté, et si l'on eut pris les mêmes précautions pour les autres cas qui se déclarèrent peut-être ces jours-là, il est certain que l'on eut suffisamment contrôlé la maladie pour empêcher, par exemple, Léon L. de tomber malade le 22 mars, presque un mois après. Pour qu'une maladie contagieuse se répande ainsi pendant des semaines dans une paroisse, et enlève tous les quatre ou cinq jours, un ou deux enfants, il faut que les autorités se soient croisés les bras et aient laissé faire. Nous en avons d'ailleurs la preuve en ce que la municipalité n'a pas fait les déclarations d'usage au Conseil d'hygiène de la province. Il est vrai que dans la province de Québec, la vie d'un enfant compte si peu!

La marche de la maladie dans une famille, lorsque rien ne l'arrête, est tout aussi triste. Voyez la mort faire son œuvre dans la famille R.— Le 8 mars, elle enlève le bébé, Marie; le 10 mars, elle prend le petit garçon, Flaribert; six jours après, le 16, Rodrigue et George s'en vont ensemble. C'est Flaribert qui est tombé malade le premier, le 6 mars; on peut en conclure que c'est lui qui a infecté les trois autres, puisque tous les quatre bien qu'habitant la même maison ne sont pas tombés malades en même temps. Or, quand Flaribert est tombé malade, on devait: 1° isoler complètement; 2° faire la désinfection; 3° donner aux enfants des doses immunisantes de sérum. On aurait ainsi empêché la maladie de s'étendre dans la famille. De plus, durant les quinze jours que le pauvre Flaribert a lutté contre la maladie, on aurait dû penser à appliquer le traitement sérothérapique, qui l'aurait guéri. Flaribert est le seul des huit enfants qui ait été traité par le médecin, et celui-ci ne s'est pas trompé dans son certificat sur la nature de la maladie. A-t-il prévenu le père du danger auquel ses autres enfants étaient exposés? lui a-t-il expliqué la nécessité absolue de pratiquer l'isolement et la désinfection? A-t-il aussi averti les autorités afin de leur permettre de mettre les autres familles en garde et de prendre les mesures nécessaires pour les protéger? Enfin, pourquoi n'a-t-il pas employé le sérum?

Ni les autorités municipales de St. X., ni les familles dont les enfants sont tombés malades, ni le médecin n'ont songé à l'hygiène prophylactique, à la prévention, au sérum, et le résultat a été une diminution de la population et beaucoup de troubles et de souffrance. Et dire que si personne ne voulait admettre les progrès de la science et en bénéficier, ce serait toujours ainsi. Heureusement qu'il n'est pas donné à tout le monde d'arrêter la marche du soleil, et que sa lumière fait encore plaisir à un certain nombre.

LE GRAND MÉNAGE DU PRINTEMPS ET LES MOUCHES.

Au point de vue hygiénique, il n'y a pas d'habitude plus saine et plus à recommander que ce nettoyage complet de la maison, que nos bonnes ménagères accomplissent avec un soin jaloux au retour de chaque printemps. La maison, fermée tout l'hiver, à cause du froid, est devenue quelque peu malsaine : l'air n'est pas suffisamment pur, les poussières en couches épaisses ont tapissé le fond des armoires et les recoins sombres, se sont infiltrées sous les tapis et dans les hardes ; les déchets sont accumulés dans la cave, la ventilation laisse à désirer, et les gens du logis, les poumons oppressés, soupirent après la venue du bon soleil réchauffant qui leur permettra d'ouvrir largement les fenêtres, de tout nettoyer, de tout sortir, de tout laver. (1) C'est la loi : la vie des gens et la vie des choses s'accompagnent d'usure et de déchets et malheur à qui laisse s'accumuler autour de lui les débris poussiéreux de chaque jour : c'est le champ de culture des germes invisibles, le terrain d'éclosion de maladies nombreuses. Voilà le bon soleil purificateur revenu ; ouvrons bien nos fenêtres et laissons-le pénétrer dans les plus petits recoins, car il nous apporte la santé.

Hélas ! les mouches aussi vont revenir ! " Il n'y a pas, dit le *Iowa Health Bulletin* (avril 1897), de peste plus dangereuse que les mouches... Elles nous arrivent de l'écurie et des cadavres en corruption, du pot d'ordures et du canai d'égoût, de partout où il y a de la pourriture et de l'infection. Leurs pattes couvertes de matière morbide, elles pénètrent dans la cuisine, elles rampent sur le pain, le sucre, les fruits, les gateaux, les tartes, sur tout ce qui n'est pas bien couvert, y laissant non seulement les saletés de leurs pattes, mais y déposant les excréments de leur corps, que des examens répétés ont fait voir remplies de bactéries les plus toxiques. La propreté et le respect de notre santé nous conseillent de dépenser l'argent nécessaire pour mettre des écrans aux portes et aux fenêtres, et d'acheter du papier à mouches ; et c'est de l'argent bien placé."

Nous ajouterons à ce tableau qui n'a rien d'exagéré le renseignement suivant : on vient de constater, dans l'Inde, que les mouches servent à transporter les germes de la peste et sont une cause fréquente de contagion.

Un dernier conseil. Beaucoup de gens ont l'habitude, durant l'été, de tenir les chambres dans une obscurité presque complète, afin de s'exempter des mouches ; ne faites pas cela : mettez plutôt des écrans aux fenêtres. C'est une grande faute que de ne pas laisser le soleil entrer en abondance dans la maison ; nous n'avons pas de meilleur ami parce qu'il est le purificateur par excellence. Quelques uns vous diront : " Le soleil fait changer la couleur du tapis." Eh ! que vaut le plus beau tapis de Bruxelles à côté d'une bonne santé !

 NAISSANCES

A Montréal, le 4 avril, Corinne-Adèle Bissonnette, épouse du Dr A.-E. Hébert, de St-Raymond, comté de Portneuf, une fille.

BARIL.—A Hochelaga, le 24 mars 1897, l'épouse du Dr G.-E. Baril, un fils

 ERRATUM

Dans le numéro d'avril, page 198, article *apoplexie*. 6e ligne, remplacer le mot *épilepsie* par *apoplexie* : *n'a lieu dans l'apoplexie que plusieurs heures...*

(1) Voyez *L'Union Médicale* du Canada, 1896, page 295.

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste. Professeur d'anesthésie et chirurgie au collège dentaire de la Province de Québec.

Tout ce qui concerne ce département devra être adressé comme suit : Dr EUDORE DUBEAU, 391, rue St. Denis, Montréal.

LA CARIE DENTAIRE

Les moyens préventifs—Son traitement

Par le Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, Montréal.

Sans de bonnes dents, pas de mastication

Sans mastication, pas de digestion

Sans digestion, pas d'assimilation

Sans assimilation, pas de nutrition

Sans nutrition, pas de santé

Sans santé, vaut mieux la mort.

De là l'importance d'avoir soin de ses dents.

Ainsi que nous l'avons annoncé, dans le dernier numéro, cet article est le complément de l'étude que nous avons commencée, sur la carie dentaire. Nous avons dit ce qu'elle était, ses causes, et ses divisions, nous allons maintenant examiner les moyens de la prévenir, et aussi ceux de la guérir lorsqu'elle existe.

Les moyens préventifs de la carie sont une stricte observation de l'hygiène de la cavité buccale qui consiste à faire usage de brosses à dents, de dentifrices liquides ou en poudre, de cure-dents et de lavages antiseptiques. L'usage de la brosse au lever, au coucher, et après chaque repas devrait être adopté par tous; mais, la chose paraissant impraticable à beaucoup, nous devons nous contenter d'exiger son emploi matin et soir. J'ajouterai qu'il est plus important de nettoyer ses dents le soir que le matin, car la chaleur du lit aide à la fermentation des aliments qui se logent entre les dents. L'emploi de la brosse doit toujours être accompagné de dentifrice, et à ceux qui désirent une toilette plus minutieuse je leur conseillerai aussi des lavages buccaux avec des liquides antiseptiques. Pour ce qui est du cure-dents, je dirai avec un célèbre dentiste américain, qu'on a beau le bannir de la table comme n'étant pas de bon goût, il n'en reste pas moins un article indispensable à l'hygiène dentaire, car la brosse ne peut pas enlever les parties d'aliments qui pénètrent dans les espaces interdentaires. Le cure-dents est absolument nécessaire, mais vu qu'il y en a plusieurs genres,

je dois ajouter qu'il n'y a que celui taillé dans une plume d'oie qui soit parfait, car le cure-dents métallique produit de petits choes électriques lorsqu'il y a des dents obturées en métal, et il n'est pas suffisamment flexible, de là le risque de le briser et d'en laisser une partie dans les gencives. Pour ce qui est du cure-dents en bois, ses extrémités sont trop grosses pour s'introduire parfaitement entre les dents ; à lui aussi il faut reprocher le manque de flexibilité, et lorsqu'un morceau se brise et reste dans les gencives, il amène souvent des conséquences graves. Un grand nombre de personnes emploient le fil de soie cirée qu'ils introduisent entre leurs dents pour en retirer les parcelles d'aliments ; ce procédé est à recommander. Nous terminerons cette partie en disant que beaucoup de gens emploient la brosse à dents mais de manière à se faire plus de tort que de bien, car elles la promènent d'un côté à l'autre de la bouche sur la largeur des dents ; ce procédé est injurieux car il a pour effet de décoller les gencives, qui laissent alors le collet des dents, et forment un bourrelet circulaire. De plus avec ce procédé les gencives saignent à chaque fois.

Pour obvier à ces inconvénients, il faut promener la brosse sur la longueur des dents, c'est-à-dire en allant de la gencive au bord de la dent, et cela pour la face interne comme pour la face externe ; pour les molaires, il faut nettoyer en outre la face masticante. Il ne faut pas craindre de brosser les gencives, cela ne peut que stimuler leur circulation, et avec ce procédé elles ne saignent jamais. En observant strictement cette manière, qui est la seule bonne, on conservera en bon état ses gencives et ses dents, et les personnes âgées retarderont le retirement des gencives, que leur âge amène, au collet des dents.

Si on avait un soin parfait de nos dents, les conserverions-nous toujours dans un bon état, nous demande-t-on souvent ? Certainement, c'est ce qui arriverait pour la grande majorité des gens ; je ne dis pas pour tous, car il faut faire exception pour ceux dont les dents ont été affectées dans leur développement par des causes héréditaires. Ce soin absolu de la cavité buccale, étant souvent négligé ou empêché par la maladie ou autres circonstances, il en résulte que les dents se carient, et réclament alors l'art du dentiste. Nous avons dit que la carie se divise en 4 degrés, dont nous allons étudier le traitement séparément :

1^o. La *carie du premier degré*, ne dépassant pas l'épaisseur de l'émail, donne lieu à aucun phénomène subjectif, ni douleur, ni sensation spéciale, et pour ceux qui n'ont pas la louable habitude de faire examiner leurs dents tous les six mois, elle reste généralement ignorée jusqu'à ce qu'elle atteigne la dentine sensible, et alors elle devient du 2^{me} degré.

Diagnostic.—Elle se reconnaît à la décoloration de l'émail et à sa friabilité sur les points cariés.

Traitement.—Il consiste dans la résection de l'émail friable, et l'obturation de la cavité à l'aide d'une des substances employées dans ce but en art dentaire. Nous verrons plus loin quelles sont ces substances et leur emploi.

2^o. La *carie du 2^{me} degré*, envahissant la dentine ou ivoire, produit généralement une douleur plus ou moins vive qui est causée par le fait que la dentine est composée de petits canalicules qui contiennent une substance semi-

liquide reportant au nerf de la dent les chocs qu'ils reçoivent et qui sont causés par le chaud, le froid, les acides, ou autres substances.

Diagnostic.—Il est facile, soit par la douleur qu'elle produit ou par la recherche à l'aide d'un instrument explorateur et d'un miroir à bouche; dans ce cas, la dentine est amollie et s'enlève par couche.

Traitement.—Il consiste d'abord à exciser les bords faibles de l'émail qui entourent la cavité, à enlever la dentine amollie, et à employer un désinfectant ou germicide pour tuer les microbes.

Cette première partie accomplie, l'obturation d'une cavité de ce genre, si elle est faite avec un métal, doit avoir une couche de ciment ou gutta percha en contact immédiat avec le fond de la dent, car, autrement, le métal seul amènerait des chocs douloureux qui, à la longue, font mourir le nerf.

3°. *La carie du 3^{me} degré*, appelée aussi premier état de la carie pénétrante, met le nerf à nu ou le laisse recouvert d'une couche de dentine amollie.

Diagnostic.—On la reconnaît facilement et par les *phénomènes subjectifs*, c'est-à-dire les indications qui nous sont fournies par le patient, et par les *phénomènes objectifs*, c'est-à-dire ceux qui relèvent des explorations du praticien. Cet état de la carie est toujours grave, car il met la vie du nerf en danger, et très souvent, lorsque le patient se présente pour être traité, le nerf est dans un état pathologique qu'il faut faire disparaître si on veut le conserver. Dans ce 3^{me} degré, l'eau chaude ou froide cause des douleurs intenses, la dent paraît allongée, et de fait elle l'est, car le nerf communiquant son inflammation à la membrane périodentaire, la dent est un peu poussée au dehors, ce qui rend l'articulation des dents très sensible. L'insomnie vient généralement se joindre aux symptômes précédents, et il faut alors l'enlèvement de la cause pour ramener le sommeil.

Traitement.—S'il existe de la dentine amollie en contact avec le nerf, il faut l'enlever avant d'obturer; si le nerf est à nu et non malade, l'obturation est encore assez facile, mais s'il est affecté d'inflammation ou de périostite, il faut alors le traiter avant d'obturer, et dans le cas d'insuccès il faut le faire mourir, l'enlever, et remplir sa cavité avec du gutta percha accompagné de médicaments avant d'obturer la partie supérieure. Tous les états de cette carie demandent d'être traités avec beaucoup de soin. Il y a toujours avantage à sauver le nerf lorsqu'on le peut, car, en l'enlevant, on ôte à la dent la plus grande partie de sa vitalité, puisqu'il n'y a plus que la membrane périodentaire qui la nourrit, et, de plus, une dent dont le nerf a été enlevé prend une couleur blanchâtre.

4°. *La carie du 4^{ème} degré*, appelée second état de la carie pénétrante, constitue ce que nous appelons une *dent morte*, car le nerf est mort.

Diagnostic.—La pénétration dans les racines à l'aide d'un explorateur, et cela sans douleur, est un indice sûr du 4^{ème} degré; de plus, s'il y a décoloration de la dent ou abcès alvéolaire, il ne peut y avoir de doute.

Traitement.—S'il y a simple mortification du nerf, il suffit de l'enlever, de désinfecter le canal, et d'obturer le tout pour que la dent soit en bon ordre et dure longtemps; mais si sa mortification est accompagnée de complications telles que inflammation du périoste, abcès alvéolaire, etc., il faut alors traiter ces

affections, et attendre leur complète disparition, afin de pratiquer l'obturation définitive. Nous avons donc passé en revue comment se comporte les quatre degrés de la carie, comment on les reconnaît et comment on les traite. Si je m'étais adressé à des dentistes, je serais entré dans une foule de détails que j'ai omis, vu qu'ils sont inutiles au médecin pour qui ces grandes lignes seront suffisantes pour avoir une idée générale d'un art qu'il n'a pas le temps d'étudier et sur lequel il est souvent questionné.

Avant de terminer, je dirai un mot des différentes matières obturatrices que nous employons, l'or, les *alliages*, le *ciment*, le *gutta-percha*.

L'or est le métal par excellence pour obturer les dents, car n'ayant aucun retrait, il ne peut y avoir d'infiltration de la salive entre la paroi dentaire et le métal; il est difficile de le travailler parfaitement, et, le prix des obturations en or étant élevé, il est relativement peu employé au Canada si on considère la quantité employée chez nos confrères des États-Unis.

Les *alliages*, communément appelés obturations en platine ou en argent, sont des mélanges d'argent et d'étain, ainsi que d'or et de platine dans les alliages dispendieux. Ces alliages, dissous dans une quantité de mercure très petite, forment une pâte qui durcit en peu de temps et forme une obturation très dure et très durable.

Le *ciment* est composé d'un liquide et d'une poudre qui, mélangés, forment une pâte approchant bien la couleur de la dent et qui, étant collante, adhère parfaitement aux parois de la dent. Le ciment a l'inconvénient d'être dissout par la salive plus ou moins rapidement, suivant l'acidité de la bouche.

Le *gutta-percha* est employé pour les obturations temporaires et traitements

Le nommé Brenner, accusé d'avoir laissé ses enfants malades de la rougeole aller à l'école, ce qui fut la cause que 12 autres enfants contractèrent la maladie, a été condamné par le juge à \$10 d'amende et frais ou à 1 mois de prison.

DÉCÈS

BRIEN.—Le 22 mars, au Sault-au-Récollet, est décédé monsieur le Docteur Joseph-André-Samuel Brien, âgé de 40 ans 8 jours.

HÉBERT.—A Montréal, le 19 avril, chez son père, le grand connétable Bissonnette, est décédée à l'âge de 35 ans 6 mois, Corinne Adèle Bissonnette, épouse du Dr A.-E. Hébert, de St-Raymond, comté de Portneuf.

FONTAINE.—Nous apprenons avec regret la mort de Madame Fontaine, épouse de notre ami le Dr Fontaine, de Buckingham, arrivée à Montréal, lundi, le 10 mai, et nous offrons à la famille nos sincères condoléances.

Les funérailles ont eu lieu mercredi, le 12 mai. Le convoi funèbre est parti de la résidence de M. Marcoux, père de Madame Fontaine, 792 rue Lagauchetière, à 8 heures du matin.

FORMULAIRE

Dysenterie.

Amidon iodé.....	} Parties égales.
Huile de cinnamone.....	
Huile de fenouil.....	

Dose : 1 grain 4 fois par jour.

IRRIGATION INTESTINALE

Solution d'amidon iodé à laquelle on ajoute :

Chloroforme.....	} De chaque quelques gouttes
Teinture d'iode.....	
Huile de cinnamone.....	

KOTSCHOROWSKY.

Hémorrhoides.

Extrait fluide d'hamamelis.....	} 4 parties
Extrait fluide d'hydrastis.....	
Teinture composée de benjoin.....	
Teinture de belladone.....	
Huile d'olive contenant 5 % d'acide carbolique.....	} 1 partie
M. Liniment.	} 8 parties

ADLER.

Stomatite aphteuse.

(1) R. Borax.....	4 parties.
Teinture de myrrhe.....	8 —
Sirop de mûres.....	60 —
M.	
(2) R. Borax.....	4 parties
Teinture de benjoin.....	2 —
Eau distillée.....	10 —
Sirop.....	20 —
M.	
(3) R. Phosphate de soude.....	10 parties
Eau de fleurs d'oranger.....	25 —
Miel roseat.....	50 —
M.	
(4) R. Chlorure de chaux.....	2 parties
Miel.....	20 —
M.	
(5) R. Chlorure de potassium.....	2 parties
Eau distillée.....	60 —
M.	

Application locale 4 à 5 fois par jour.

AMADEO LEVI.

Broncho-pneumonie.

R. Sirop	1 once
Sirop de tolu	1 —
Cognac	2½ drachmes
Acétate d'ammoniaque	20 grains
Benzoate de soude.....	20 —

Sig.—1 à 2 cuillerées à thé toutes les heures ou 2 heures, lorsque l'enfant est trop affaibli, pour prendre un émétique.

R. Antipyrine.....	5 grains
Sirop de quinquina.....	1 once
Sirop d'eucalyptus.....	1½ once
Eau de menthe poivrée.....	2 onces

Sig.—1 cuillerée à thé toutes les heures ou 2 heures, contre la fièvre.

GASTON LYON.

Catarrhe atrophique.

R. Résorcine.....	1½ drachme
Bicarbonate de soude.....	15 grains
Biborate de soude.....	15 —
Glycérine.....	1 once
Extrait aqueux d'hamamelis.....	2 onces
Eau, suffisamment pour faire.....	½ pinte

Sig.—En vaporisation dans le nez, 1 fois par jour.

JOHN NORTH.

Ictère.

R. Bicarbonate de soude.....	½ once
Liquueur pancréatique Bengel.....	4 —
Eau	2 —

Sig.—1 cuillerée à dessert 3 heures après repas.

LARAMÉE.

R. Chlorate de soude.....	40 grains
Extrait de noix vomique.....	2½ —
Ft. pulv. No 10.	

Sig.—1 poudre, 3 fois par jour.

BARTHOLOW.

Diarrhée d'été.

R. Acide sulfurique.....	1 drachme
Teinture d'opium	40 gouttes
Eau camphrée.....	8 onces

Sig.—2 onces toutes les 3 ou 4 heures.

Mixture de HOPK.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTRÉAL, MAI 1897.

15 Nos abonnés sont priés de nous donner avis de leur changement d'adresse.

BULLETIN MÉDICAL

LE MICROBE DE LA CALVITIE.

Nous annonçons à nos lecteurs dans notre dernière livraison (page 227), que le Dr Sabouraud avait probablement découvert le microbe de la calvitie. La découverte a été depuis confirmée par les nouvelles et les articles parus dans les divers journaux de médecine. Nous sommes véritablement en présence d'une nouvelle conquête de la bactériologie. Le Dr Wickham, dans un intéressant article paru dans le *British Medical Journal* (1) rapporte les expériences du Dr Sabouraud, ainsi que les conclusions auxquelles il est arrivé ; le présent bulletin n'est au fond qu'un résumé de cet article.

Voici d'abord la technique à suivre pour trouver le microbe. Sur les parties du cuir chevelu atteintes de séborrhée, gratter l'exsudation huileuse que l'on a fait sortir par pression ; étendre cette exsudation sur une lamelle ; dissoudre les graisses par l'éther ; colorer pendant cinq minutes au violet de gentiane, décolorer par la solution de Gram, l'alcool et l'huile d'aniline : on voit sous le microscope des myriades de microbes spéciaux qui sont des bacilles très fins.

Le bacille, jeune, est punctiforme et ressemble presque à un coccus ; après coloration par le Gram, il n'a pas 1 millimètre de long. Les bacilles adultes ont un millimètre de long par $\frac{1}{2}$ millimètre de diamètre. On en trouve quelquefois, mais rarement cependant, dans l'exsudation, qui ont une forme sigmoïde, et sont de la longueur du bacille de la tuberculose : on les trouve en chaînette.

Les bacilles de la séborrhée se localisent, par masses arrondies, au tiers supérieur du follicule pileux. Lorsqu'ils sont associés à d'autres germes, ce qui

(1) L. WICKHAM, M. D. The microbial origin of baldness.—*British Medical Journal*, avril 24, 1897.

arrive souvent, cela donne lieu à des affections secondaires des follicules, telles que diverses variétés d'acné. Ces mêmes bacilles attaquent aussi les glandes sébacées du cuir chevelu. Le cheveu que contient un follicule malade meurt, et si on l'examine au microscope, on constate que la partie la plus vieille est saine, et la partie la plus jeune atrophiée. Les croûtes qui se forment sur la tête des séborrhéiques sont dues à la superposition d'autres microbes qui, en général, dans ces cas là, ne causent pas d'acné.

Le Dr Sabouraud ne peut pas encore expliquer quel est le mécanisme par lequel le bacille de la séborrhée produit la calvitie. Anatomiquement, il amène une hypertrophie progressive des glandes sébacées et une exsudation de leucocytes autour de la papille du cheveu. Lorsque ceci est accompli, le cheveu tombe, et chaque cheveu nouveau qui remplace un cheveu tombé est plus faible et plus petit que son prédécesseur.

Le Dr Sabouraud affirme que la pelade est de même nature que l'alopecie séborrhéique. La dépilation de la séborrhée est chronique, incomplète, diffuse, et siège de préférence au sommet de la tête. La dépilation de la pelade est complète, localisée, et peut survenir sur n'importe quel point du cuir chevelu. Une plaque de pelade est une attaque aiguë localisée de séborrhée. La preuve de ceci, c'est que, sur les coupes de peau affectée de pelade à son début, on trouve tous les follicules pileux sans exception infectés par le bacille séborrhéique, tandis qu'autour des parties malades le cuir chevelu est sain et les follicules sont indemnes. Pour trouver cela, Sabouraud a fait des recherches pendant un an et examiné attentivement pas moins de trente-deux coupes de peau : il a toujours constaté le même fait, qu'il a confirmé expérimentalement en inoculant des cultures du bacille à des moutons, des cochons d'Inde et des lapins, ce qui a produit chez ces animaux des plaques de pelade. Il conclut sans hésiter que la séborrhée et la pelade sont essentiellement identiques.

Le Dr Sabouraud a donc prouvé, la chose est maintenant admise : 1^o que l'origine microbienne de la calvitie est certaine ; 2^o que le microbe de la calvitie est le même que celui de la séborrhée ; 3^o que la séborrhée et la pelade sont de même nature. Mais le savant médecin français ne veut pas s'arrêter en si beau chemin. Il poursuit activement ses recherches afin de compléter ses expériences. Qui sait si un beau matin il ne nous donnera pas le traitement spécifique de la calvitie, la lotion merveilleuse désirée depuis si longtemps, et que beaucoup de gens accueillerait comme une eau de Jouvence (à condition, naturellement, qu'ils ne s'en servent pas trop tard).

Le gouvernement de Québec ayant souscrit \$2.000 pour aider aux frais de réception de l'Association Médicale Britannique, cela fait, joint aux \$3.000 votées par le Conseil de Ville de Montréal et aux \$5.000 allouées par le gouvernement d'Ottawa, la jolie somme de \$10.000 dont le Comité exécutif pourra disposer. Cette somme sera, croyons-nous, suffisante, d'autant plus qu'un certain nombre de médecins bien connus ont bien voulu donner leur signature pour constituer un fonds de garantie auquel on n'aura recours que forcé par les circonstances.

COURRIER DES HOPITAUX

CRÈCHE DE LA MISÉRICORDE.

Depuis le mois de janvier dernier, les sœurs de la Miséricorde ont confié le soin des bébés malades de leur Maternité au Dr I. Cormier, le spécialiste bien connu, qui s'est adjoint comme assistant le Dr Dubé, récemment revenu de Paris. Ces messieurs ont reçu carte blanche, et s'occupent en ce moment à réorganiser la Crèche d'après les principes modernes et les données hygiéniques.

Plus de soixante nouveau-nés sont en ce moment sous leurs soins, la plupart souffrant de gastro-entérite, de broncho-pneumonie et d'ictère. La visite est faite tous les matins par les médecins, les prescriptions s'écrivent dans un cahier spécial ; la sœur directrice fait la visite avec les médecins.

La supérieure des sœurs de la Miséricorde, qui a passé plusieurs années à New-York, et M. le curé Auclair, directeur, ont décidé de commencer immédiatement les travaux de construction d'une nouvelle crèche, et de ne rien négliger dans l'installation. Il y aura deux grandes salles de 15 pieds de hauteur, bien ventilées et bien chauffées, ainsi que des laboratoires éclairés par le toit et une salle d'autopsie. L'antiseptie sera rigoureusement pratiquée ; les enfants ne boiront que du lait stérilisé ou modifié, et de l'eau stérilisée. Chaque bébé aura sa carte d'observation, où seront enregistrés jour par jour le poids, la nature des selles, le traitement donné, etc. Enfin, pour ne plus avoir à compter sur les filles, qui sont des garde-malades de mauvaises volonté, la communauté a l'intention de fonder une école de *nurses*, qui apprendront à soigner les accouchées et les nouveau-nés, et recevront à la fin de leur séjour à l'hospice un certificat de capacité.

En attendant cette installation tout à fait moderne, les Drs Cormier et Dubé ont installé une salle de dix lits où tout se passe conformément aux lois de la pédiatrie et de l'hygiène. C'est en constatant les bons résultats obtenus dans cette salle que les autorités de l'hospice ont décidé la construction d'une crèche nouvelle et moderne. Ce sera une œuvre philanthropique et méritoire qui méritera les sympathies du public.

Nous donnerons tous les mois un rapport de la crèche de la Miséricorde.

Tout fait présager pour la prochaine réunion de l'Association Médicale Britannique une assistance des plus nombreuses. Les Compagnies de navires transatlantique ont déjà loué toutes leurs meilleures cabines ; quelques navires même, qui quitteront l'Europe à l'époque du Congrès, ont déjà rempli leur liste de passagers. Plus de 400 invitations ont été envoyées aux principaux médecins des États-Unis ; le Président en invitera, sans aucun doute, un certain nombre à présenter des travaux. Les officiers des différentes sections sont activement occupés à préparer le programme de leur section respective. Enfin, nous n'avons aucun doute que le délégué français, M. le Professeur RICHET, ne vienne accompagné de quelques membres de la profession médicale. Tous les invités auront droit aux mêmes réductions dans les frais de transport que les membres de l'Association.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

REFONTE DES STATUTS DU C. M. & C. P. Q.

Dites donc, Docteur, avez-vous étudié le "Projet de refonte des statuts, règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec?"

—Non! Est-ce que nos bons gouverneurs se seraient, enfin, décidés à renseigner la profession sur leurs faits et gestes? Je n'ai pas entendu parler de ce fameux projet—je croyais qu'on s'occupait de nous comme le Grand Turc des Arméniens!

—Le Bureau ne nous a pas soumis ce projet, mais la "Clinique" l'a publié dans son numéro de novembre.

—Dame! S'il faut recevoir tous les journaux de médecine d'Europe et d'Amérique pour se tenir au courant des événements, les revenus de tous les médecins du comté n'y suffiraient pas. La "Clinique" est-elle l'organe officiel du collège? Je n'en sais rien, et les Secrétaires du Bureau ont bien pris le soin de ne pas nous communiquer cette décision—si décision il y a. Tenez, mon cher confrère, quand on met en contraste les procédés du Bureau des gouverneurs d'Ontario et ceux de Québec—il faut admettre qu'on ne nous traite pas toujours à tort de race inférieure. Si les médecins d'Ontario étaient traités, comme nous, très cavalièrement, vous verriez la profession se lever comme un seul homme pour mettre ses maîtres à la raison. Mais ici, on réglemente ou on ne réglemente pas, on fait payer Pierre et on épargne Jacques, on dépense notre argent sans nous consulter et sans nous en rendre un compte satisfaisant, on prend les décisions les plus graves hors notre connaissance, on nous laisse envahir par le flot toujours montant du charlatanisme, intra et extra-professionnel, on nous refuse les changements les plus utiles, les plus nécessaires, et nous endurons toujours en silence. Jamais de protestation contre le despotisme qui nous écrase, jamais une poussée vigoureuse pour la revendication de nos droits, jamais la moindre manifestation pour rappeler *aux maîtres* qu'administrés et esclaves ne sont pas plus synonymes qu'administrateurs et despotes! Croupissant dans l'apathie, l'indifférence, nous suivons l'ornière de la routine, sans réfléchir qu'un jour il nous faudra payer les pots cassés.

—Vous êtes pessimiste, Docteur!

—Je le suis à juste titre. Le laisser aller, le laisser faire, le laisser passer, sans mot dire, voilà la plaie qui ronge la profession, tout le monde l'admet. Voyons ce projet de refonte, parlons-en donc un peu.

—Bien, si ce projet est beau, ce n'est pas parce qu'il est nouveau. Pour \$400 on aurait pu faire mieux. Le chap. IX, concernant l'examen professionnel est le seul qui a été réellement refondu, et on a introduit deux clauses nouvelles:

l'une chap. III, sect. V privant du droit d'enregistrement tout médecin trouvé coupable de félonie; l'autre chap. VIII, sect II décrétant que tout étudiant devra suivre les cours d'une Université pendant au moins quatre termes de six mois.

—C'est peu—mais ces bons amandements méritent l'approbation du corps professionnel. Ce projet doit, au moins, contenir quelque chose de nouveau au sujet du mode d'élection. On n'a pas dû faire la sourde oreille aux demandes de trois cents médecins ?

—Je regrette d'avoir à répondre non ! On tient mordicus au vieux système, le système des ficelles invisibles et magiques dénoncé naguère avec tant de vigueur par le Dr Noir dans la *Gazette Médicale*.

—Dites, maintenant, que j'ai tort d'être pessimiste. Est-il système plus absurde, plus injuste, plus arbitraire, plus opposé à toute idée démocratique, que celui du vote par procuration et pour un *ticket* préparé et imprimé d'avance par quelques meneurs intéressés ? Il n'est pas un homme qui ne reconnaisse l'absurdité de faire élire des Gouverneurs de Montréal par ceux de Québec, ceux de Trois-Rivières par ceux de St-François et *vice-versa*. Comment se fait-il que tous les médecins mêlés à la politique—précisément ceux qui ont le moins d'indépendance et de loisirs à consacrer aux intérêts professionnels—ont formé et forment partie du Bureau ? C'est bien simple à expliquer ! On veut donner un gouverneur à tel comté—mais diantre comment choisir—on ne connaît aucun médecin dans ce district. Ah ! tiens le Dr A. est député, le Dr M. est Conseiller législatif, peut-être même sénateur, il ne s'occupe plus de pilules, qu'importe on le bombarde Gouverneur du C. M. & C. P. Q. Si vous ne jouez pas un rôle sur la scène publique, ou si vous n'avez pas l'oreille du *deus ex-machina*, inutile de convoiter l'honneur. Quand vous seriez le choix des médecins de votre district, si vous n'êtes pas *persona grata* auprès de certaines gens aux allures ultra-pacifiques, vous serez écrasé sous le poids des votes concentrés dans les mains d'un industriel monopoleur, pour parler l'argot politique.

—Ne pourrait-on pas conserver le vote par procuration en permettant au signataire d'y ajouter les noms de ceux pour qui il veut voter ?

—Ce mode aurait encore l'inconvénient de faire élire par un médecin du comté d'Ottawa un Gouverneur du comté de Gaspé. En outre, M. le Dr Beausoleil disait, à la dernière réunion triennale, que c'était chose admise par les us et coutumes du Bureau. Or, quand M. le Dr Rottot a proposé au Bureau une motion reconnaissant ce procédé d'une manière formelle—*tous* y compris le Dr Beausoleil ont voté contre cette motion—excepté les Drs Rottot, Fafard et Campbell.

—Quelle serait alors votre solution du problème ?

—Le vote par district, tel que pratiqué dans Ontario par le collège des médecins, et dans Québec par le Barreau et la Chambre des Notaires, répondra seul aux aspirations légitimes de l'immense majorité de la profession. C'est l'unique système rationnel, permettant 1° aux électeurs de faire leur choix librement et en connaissance de cause ; 2° aux Gouverneurs de remplir leur mandat d'une manière éclairée et sans crainte de déplaire au grand gardien de la clef des succès électoraux. Si le Bureau ne reste pas sourd aux supplications

de ses constituants, il améliorera la position en adoptant la motion dont le Dr Fafard a donné avis en septembre dernier, sans compter que le projet de refonte fait disparaître une grande objection à cet amendement : les frais législatifs trop considérables, disaient les gens qui veulent nous imposer une dépense d'une dizaine de mille piastres pour une bibliothèque.

—Ne serait-il pas à propos aussi d'amender les clauses V et XV du chap. II pour obliger les Secrétaires à faire imprimer et distribuer à tous les membres du collège "les minutes correctes des procédés de toutes les assemblées," et le Régistrare à publier le registre médical, disons, tous les trois ans et chaque année un supplément mentionnant tous les changements des derniers douze mois ?

—Ce serait là une excellente amélioration. D'abord le registre médical sert de preuve dans les procès en recouvrement d'honoraires etc., et le jeune médecin, comme le vieux praticien, a droit d'y voir figurer son nom. Ensuite je ne comprends guère qu'on dépense le revenu annuel prélevé sur la profession sans en rendre un compte détaillé. Je comprends encore moins un corps délibératif contractant des engagements onéreux, se lançant dans des entreprises dispendieuses, hors la connaissance des intéressés. Mais ce projet de refonte de la charte de nos libertés professionnelles, combien de médecins l'ont vu, s'ils ne sont pas abonnés à la "Clinique" ? On s'inquiète de le soumettre aux avocats, et aux médecins : personne n'y songe. La profession doit exiger un compte-rendu détaillé des faits et gestes de ses administrateurs. La publicité occupe, aujourd'hui, une place trop large dans le mouvement social, pour qu'un des grands corps de la nation subisse plus longtemps les procédés à huis-clos, les délibérations en petit comité de ses législateurs.

—Dites-moi donc, maintenant, ce que vous pensez de la clause suivante qui est la Ve du chap. XII :

—"Dans les paroisses où il y a un médecin, le Président est autorisé à faire poursuivre toutes les sages femmes non licenciées, ou ne possédant pas un *certificat d'un médecin licencié*, constatant qu'elles ont les capacités suffisantes" ?

—A la dernière réunion triennale, le Dr Brophy avait proposé et fait adopter une motion demandant l'amendement de cette clause. Vous voyez maintenant quel soin nos gouverneurs prennent de nos demandes, puisque le projet de refonte contient encore cette partie soulignée de la clause V, qui est simplement une abomination. Comment ! après quatre années d'études théoriques et pratiques, les nécessités quotidiennes de la pratique vous mettent aux prises avec des difficultés nouvelles de l'art obstétricale et vous iriez donner à une femme, dont l'ignorance n'a d'égale que le toupet, qui bien souvent ne pratique l'asepsie que le dimanche matin et utilise sa tabatière comme antiseptique, vous iriez lui donner, dis-je, un certificat de compétence. Allons donc ! c'est le comble de l'absurdité !

—J'admets cela, Docteur, mais est-il un médecin, assez peu soucieux de sa réputation, pour donner un tel certificat ?

—Vraiment, vous êtes naïf, mon cher confrère ! Le Bureau n'a pas le monopole des ficelles invisibles et magiques. "In cauda venenum" ! Quelle mine pour les ratés dans cette queue de l'article V. Tenez, un exemple : Un médecin,

pour exercer de petites vengeances, pourra donner à quatre ou cinq femmes du canton voisin ce fameux certificat—et y aurait-il là vingt médecins, il leur faudra endurer cette concurrence, car la clause citée déclare l'impuissance du collègue à poursuivre une *femme possédant un certificat d'un médecin licencié*. Supposons deux autres éventualités : vous établissez vos pénates dans une paroisse où un vieux praticien fait la pluie et le beau temps. Les jeunes, vous le savez, ont le tort d'être encombrants. Pour vous couper l'herbe sous le pied et vous prendre par la famine, votre excellent voisin, donnera à une ou deux commères, bien disposées à son égard, le certificat autorisé par les statuts du C. M. & C. P. Q., faisant savoir à tous qu'une telle est *branchée et ne charge pas cher* ! Au lieu d'un seul compétiteur vous en aurez trois ou quatre, et vous verrez décroître le prix de vos services tandis que votre voisin mangera ses rentes..... ! Or, au lieu de porter la guerre en Afrique, vous plantez votre tente dans un centre desservi par le médecin voisin. Vite, pour essayer de vous faire déguerpir, de par l'article du C. M. & C. P. Q., il vous donne, trois, quatre, cinq confrères en obstétrique, qui feront les accouchements à *bon marché*—ça prend toujours—tout en chantant les louanges de leur maître, vantant ses miracles, mettant en contraste votre jeunesse avec sa profonde expérience, etc.

—Somme toute, vous croyez le projet susceptible d'une seconde refonte ?

—Oui, il devrait être revu et corrigé. S'il est un ouvrage qu'il convient de mettre vingt fois sur le métier c'est bien celui-là. La profession devrait demander de plus amples renseignements sur cette mesure, sa nature, son étude et même son opportunité. Si chacun avait l'occasion d'étudier ce projet, d'y suggérer des amendements, etc., nous arriverions à un but plus pratique, à des règlements donnant satisfaction à tous et amenant des rapports plus rationnels entre les gouvernants et les gouvernés.

DR PAUL.

Nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs cet excellent article de notre collaborateur, le Dr Paul. C'est un sujet sur lequel nous aurons l'occasion de revenir pour notre propre compte. L'Association Médicale Britannique pour le moment, nous distraie un peu, mais ce n'est que partie remise. Nos idées sont les mêmes aujourd'hui que l'année dernière. Nous engageons fortement nos amis à discuter cette question de première importance pour eux ; nous ouvrirons nos colonnes à tout article sur le sujet, écrit pour ou contre. La discussion de ces choses là est nécessaire et utile. Quelques membres du Bureau des Gouverneurs, le Dr Beausoleil, le Dr Laurent, et d'autres, mécontents de nos articles, ont renvoyé le journal : ils auraient bien mieux fait de répondre à nos arguments.

NOTE DE LA RÉDACTION.

LES GARDE-MALADES DU JUBILÉ

A Monsieur le Rédacteur de L'UNION MÉDICALE,

MONSIEUR LE RÉDACTEUR.—Je viens vous demander l'hospitalité de vos colonnes pour dire un mot à vos lecteurs du jubilé de diamant de notre gracieux souverain.

Le moment approche où notre Reine va compléter la soixantième année de son règne et ses sujets, dans quelque partie du globe qu'ils se trouvent, se préparent à célébrer ce grand événement.

Quelle part le Canada va-t-il prendre dans cette célébration ?

Si nous voulons dignement témoigner notre reconnaissance pour la liberté, la paix et la prospérité dont nous jouissons sous le long règne de sa Majesté, nous ne pouvons mieux le faire qu'en lui montrant combien nous apprécions le profond intérêt qu'elle porte au bonheur de son peuple et en consacrant notre offrande à quelque noble entreprise à laquelle son nom sera pour toujours associé.

Il est proposé, en conséquence, de former un fonds destiné à établir dans les nouveaux territoires du Canada, là où les colons se trouvent complètement isolés et loin de tout secours, où, dans le cas d'accident ou de maladie, ils ne peuvent se procurer ni l'aide du médecin ni les remèdes indispensables, il est proposé d'établir de place en place des dépôts où ils trouveront les médicaments et des garde-malades capables de leur donner les soins nécessaires.

Une œuvre de cette nature, entreprise dans le but de célébrer le soixantième anniversaire de l'avènement de la Reine au trône causera plus de satisfaction à sa Majesté que les présents les plus somptueux qui aient jamais été offerts à un souverain, et en même temps elle fera honneur à notre pays qui seul devra en profiter.

Quelle est la famille qui n'a pas vu partir quelqu'un de ses membres pour ces régions lointaines, vers nos forêts interminables, ou nos immenses prairies de l'Ouest, et qui refuserait de souscrire son obole pour assurer à l'absent les secours qui lui seront toujours donnés lors même qu'il n'aurait pas les moyens de payer, car il est parfaitement convenu que ce sont seulement ceux qui pourront payer qui paieront ?

Qui sait si parmi ceux dont la santé et la vie seront ainsi préservées, il ne se trouvera pas quelqu'un de ceux qui vous sont chers et qui béniront cette œuvre, et ceux qui y auront contribué ?

Celui qui donne de bon cœur, quelque faible que soit son offrande, montre qu'il a l'intelligence pour comprendre et le cœur pour reconnaître l'avantage que nous avons de vivre sous le règne de la meilleure des souveraines, sa Majesté la Reine Victoria ?

Veillez agréer, monsieur le rédacteur, avec mes remerciements, l'expression de ma considération très distinguée.

ISHBEL ABERDEEN,

Présidente.

Ottawa, 19 avril 1897.

L'ABSENCE DU MÉDECIN

L'un de nos abonnés nous adresse la question suivante : "Supposons que je sois appelé auprès d'un malade ; par absence je ne puis m'y rendre. On appelle un autre médecin, auquel on ne dit pas que l'on s'est d'abord adressé à moi. M'est-il permis, sans blesser les convenances médicales, de reprendre ce client à mon retour, attendu que ce médecin a déjà institué un traitement."

Le fait qu'un traitement a déjà été institué ne fait rien à la chose : votre client est devenu le client de l'autre médecin par le fait seul qu'on lui a demandé de prendre charge du cas *sans lui donner d'autres explications*. La famille change de médecin, tout simplement, et vous-même n'y pouvez rien, car c'est la volonté de la famille, dans ce cas, qui a force de loi. Si la famille désire vous garder comme son médecin, elle doit : ou bien, 1^o prévenir le second médecin qu'il n'est appelé que pour ce cas spécial et parce que vous êtes absent, ou bien, 2^o ne rien dire au second médecin sur le moment, mais, lorsqu'il a fini de donner ses soins au malade pour lequel il a été appelé, le prévenir que le médecin de la famille est revenu de son absence et (ceci est plus rare), régler son compte avec lui. Quant à vous, vous n'avez qu'à rester à votre bureau : si la famille ne vient pas vous voir, c'est que vous avez perdu leur clientèle pendant votre absence (ce qui arrive souvent, certaines gens ne voulant pas comprendre qu'un médecin est parfois obligé de s'absenter) ; si au contraire, à votre retour, la famille vous explique la situation, vous demeurez, *pour les cas suivants*, son médecin, et vous devez exiger de la famille qu'elle en prévienne votre confrère. Mais pour aucune raison vous ne pouvez lui enlever un patient, même le vôtre d'entre les mains.

CHARRIN (A.)—Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, Directeur adjoint du Laboratoire de Pathologie générale. Assistant au Collège de France, Vice-Président de la Société de Biologie.—**Les Poisons de l'organisme.—Poisons des tissus.** Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché..... 2 fr. 50 | Cartonné 3 fr.

Par ce volume, qui fait suite aux Traités des Poisons de l'urine et du tube digestif, M. CHARRIN complète son étude sur les auto-intoxications.

Les propriétés toxiques du sang, du sérum, des muscles, de la lymphe, des sérosités, du poumon, du cerveau, de la rate, du foie, des reins, etc., sont analysées avec soin. Les accidents dérivant de la suppression des capsules surrénales, du corps thyroïde, etc., sont exposés avec détails.

S. DUPLAY et PAUL RECLUS.—**Traité de Chirurgie**, Masson, éditeur, à Paris. Ont été publiés dernièrement les deux premiers volumes d'une seconde édition, entièrement refondue, du *Traité de Chirurgie* publié sous la direction de MM S. DUPLAY et PAUL RECLUS.

Chacun sait tout le succès qu'a obtenu en 1890 cette œuvre colossale écrite et publiée en moins de deux ans par la plupart des meilleurs chirurgiens français, il suffirait d'ailleurs pour en donner une idée de rappeler que malgré trois importants tirages une deuxième édition est devenue nécessaire.

Rappelons ici que cette deuxième édition ne doit plus être publiée en deux ans, mais en douze mois, disons aussi que plus de sept ans se sont écoulés depuis le jour où fut arrêté le programme du *Traité de Chirurgie*, et que des vingt-quatre collaborateurs du début, aucun, par un rare bonheur, ne manque encore à l'entreprise. Les portes de l'Hôpital et de l'Aggrégation se sont ouvertes devant les plus jeunes, le Professorat et l'Académie de médecine en ont élu de plus âgés ; tous ont vu s'étendre leur sphère d'activité professionnelle. Aussi pouvons-nous affirmer que ce nouvel ouvrage portera la marque d'une expérience plus mûre et d'une plus grande autorité.

O. F. M.

CHRONIQUE

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Voici la liste des officiers de l'Association Médicale Britannique pour 1897, liste que nous n'avons pas publiée dans notre dernier numéro.

Président : Henry Barnes, M.D., médecin au Cumberland Infirmary, Carlisle.

Président élu : T. D. Roddick, M.D., professeur de chirurgie à l'Université McGill, Montréal.

Président du Conseil : Robert Saundby, M.D., médecin au General Hospital, Birmingham.

Trésorier : Charles Parsons, M.D., Douvres.

Comme on verra par le programme que nous publions plus loin, le Dr Biggs, chef du Bureau d'Hygiène de la ville de New-York et médecin à l'hôpital Bellevue, a été chargé de faire le discours sur l'hygiène.

Le professeur Brouardel, obligé d'assister au Congrès de Moscou, ne viendra pas au Canada ; nous le regrettons beaucoup. En revanche, nous aurons au milieu de nous M. le professeur Charles Richey, ainsi qu'on peut voir par la lettre suivante :

Faculté de Médecine.

" Monsieur et cher confrère,

" A mon grand regret je ne puis aller moi-même à Montréal, mais M. le professeur Ch. Richey a bien voulu représenter la Faculté de Médecine aux fêtes universitaires de Montréal.

" Agréez l'assurance de ma haute considération. "

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Le professeur Richey, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, est une autorité sur cette branche de la science médicale, et l'on est en ce moment à s'efforcer de modifier le programme déjà tracé pour permettre au savant physiologiste de prononcer un discours. Le professeur Richey est en outre un ami de cœur des Canadiens-français. C'est lui qui le premier s'est intéressé à nos jeunes médecins de là-bas, leur ouvrant son laboratoire et ceux de ses amis, les invitant aux séances de la ligue des étudiants et leur facilitant de toutes manières la poursuite de leurs études. L'aimable professeur peut compter sur une chaleureuse réception à Montréal. Le professeur Richey est délégué par le Ministre de l'Instruction Publique, à la suite d'une demande adressée au gouvernement français, par l'entremise du consul à Montréal.

Le programme de la 67^{me} réunion de l'Association Médicale Britannique est maintenant établi. Nous le publions aujourd'hui, mais en prévenant nos lecteurs qu'il est encore sujet à modifications. Nous les tiendrons d'ailleurs, au courant. Nous publions en même temps le programme de l'Association Britannique pour l'Avancement des Sciences, qui se réunira à Toronto, le 18 août, et viendra ensuite à Montréal se joindre à l'Association Médicale Britannique. L'Association Médicale Canadienne s'assemblera aussi à Montréal, le 30 août.

PROGRAMME PROVISOIRE

Mercredi 18 août à jeudi 26 août

Réunion de l'Association Britannique pour l'Avancement des Sciences, à Toronto.

Jeudi, 26 août à lundi 30 août

Excursion des membres et des invités de l'Association Britannique de Toronto à Niagara, Kingston, les Mille-Iles, Ottawa et Montréal.

Lundi, 30 août

Réunion de l'Association Médicale Canadienne à Montréal.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Mardi, 31 août

- 12.00 a. m. Service à la Cathédrale anglaise.
- 2.30 p. m. Windsor Hall : Séance d'ouverture et discours de bienvenue.
- 3.00 p. m. Discours du Président élu, T. G. Roddick, M.D.
- 4.00 p. m. Réceptions, Excursion à la Montagne, etc.
- 9.00 p. m. Soirée à l'Université Laval.

Mercredi, 1er septembre

- 10.00 a. m. Université McGill : Séance d'ouverture des différentes sections.
- 3.00 p. m. Windsor Hall : Discours sur la Médecine, par le Dr W. Osler.
- 4.00 p. m. Promenade en bateau sur le St-Laurent.
- 9.00 p. m. Réception des membres chez Sir Donald A. Smith.

Jeudi, 2 septembre

- 9.30 a. m. Université McGill : Séances des Sections.
- 1.30 p. m. Dîner sur la Montagne.
- 3.30 p. m. Windsor Hall : Discours sur la Chirurgie, par le Dr Mitchell Banks.
- 4.30 p. m. Promenade sur l'île de Montréal, etc.
- 7.45 p. m. Dîner annuel de l'Association au Windsor.

Vendredi 3 septembre

- 9.30 a. m. Université McGill : Séances des Sections.
- 3.00 p. m. Windsor Hall : discours sur l'hygiène publique par le Dr Herman M. Biggs, et Séance générale de clôture.
- 4.15 p. m. Promenade à Ste-Anne et aux Rapides de Lachine.
- 9.00 p. m. Soirée à l'Université McGill.

Samedi, 4 septembre

Voyages à Ottawa, à Québec, à Kingston, au lac Memphrémagog, etc.

A Bishop, on a reçu six médecins nouveaux, dont deux femmes.

BIBLIOGRAPHIE

FÉLIX ALCAN, Libraire-Éditeur, 108, Boulevard Saint-Germain, Paris.—
Collection Médicale, élégants volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 et à 3 francs.

Viennent de paraître :

- FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE.—**Chirurgie de la face**, par les Drs FÉLIX TERRIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, GUILLEMAIN et MALHERBE, anciens internes des hôpitaux, avec gravure..... 4 fr.
- A. POZZI.—**Manuel théorique et pratique d'accouchements**, par le Dr A. Pozzi, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 138 gravures..... 4 fr.
- S. ICARD.—**La mort réelle et la mort apparente**, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures. 4 fr.
- E.-P. LÉON-PETIT.—**Le Phtisique et son traitement hygiénique**, par le Dr E.-P. LÉON-PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures..... 4 fr.
- J. LAUMONIER.—**Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie**, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures..... 4 fr.
- S. ICARD.—**L'alimentation des nouveau-nés**, *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures..... 4 fr.
- S. RIBBING.—**L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales**, par le Dr S. RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède)..... 4 fr.
- F. LAGRANGE.—**Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens**, par le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut. 4e édition..... 4 fr.
- F. LAGRANGE.—**De l'exercice chez les adultes**, par le Dr F. LAGRANGE. 2e édition..... 4 fr.
- LEVILLAIN.—**Hygiène des gens nerveux**, par le Dr LEVILLAIN. 3e édition. 4 fr.
- J. VOISIN.—**L'idiotie**. *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, avec gravures..... 4 fr.
- Ch. FÉRÉ.—**La famille névropathique**. *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures..... 4 fr.
- A. Mosso.—**L'éducation physique de la jeunesse**, par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant LEGROS..... 4 fr.
- P. SIMON.—**Manuel de percussion et d'auscultation**, par le Dr P. SIMON, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures..... 4 fr.
- A. POZZI.—**Éléments d'anatomie et de physiologie générale et obstétricale**, par le Dr A. POZZI, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 219 gravures..... 4 fr.
- FÉRÉ.—**Le traitement des aliénés dans les familles**, par le Dr FÉRÉ, médecin de Bicêtre. 2e édition..... 3 fr.
- FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE.—**Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales**, par les Drs FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M. PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Bichat, avec gravures..... 3 fr.
- Petit Manuel d'anesthésie chirurgicale**, par les mêmes, avec 37 gravures... 3 fr.
- L'opération du trépan**, par les mêmes, avec 222 gravures..... 4 fr.
- MACARIO.—**Manuel d'hydrothérapie**, par le Dr MACARIO..... 3 fr.

Envoi franco contre mandat ou timbres-poste.

PAUL LEFERT.—*Aide mémoire d'hygiène*, par le professeur PAUL LEFERT. Nouvelle édition entièrement refondue 1 vol. in-18 de 288 pages, cartonné 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 d'hygiène et de médecine légale*, qui ne formait qu'un seul volume dans les 3 premières éditions vient d'être redoublé en 2 volumes par la 4^e édition. C'est un ouvrage entièrement neuf.

Le nouvel *Aide-mémoire d'hygiène* a été mis au courant des progrès les plus récents de la bactériologie, dont le rôle devient de plus en plus important en hygiène, comme aussi des lois nouvelles intervenues sur la matière, notamment celle du 2 novembre 1892, sur le travail dans les établissements industriels.

Ce *Manuel*, destiné aux étudiants, profitera également aux praticiens, en leur permettant d'étudier rapidement une question quelconque.

Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

PAUL RODET.—*Morphinomanie et Morphinisme*, par le Dr PAUL RODET (*Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, Prix Falret*). (1 vol. in-12^e cart. à l'anglaise, 4 fr.—Félix Alcan éditeur.)

L'auteur présente d'abord un historique complet du morphinisme, en faisant assister le lecteur aux différentes étapes que cette affection a traversées avant d'être reconnue comme une véritable entité. Après avoir étudié les mœurs des morphinomanes, la morphinomanie à deux, sa propagation rapide, il aborde la symptomatologie et la théorie de l'abstinence qui constituent deux chapitres importants de son ouvrage. Puis il continue par l'examen des intoxications coexistant si communément avec la morphinomanie, en particulier de l'alcoolisme et de la cocaïnomanie, l'étude médico-légale du morphinisme, et donne, pour terminer, une large place au *traitement*, exposant les diverses méthodes employées et appréciant leur valeur thérapeutique.

Un index bibliographique comprenant toutes les publications françaises et étrangères qui se rapportent au sujet, termine utilement cet ouvrage d'ensemble qui manquait pour établir l'état actuel de la science en ce qui concerne l'intoxication morphinique.

H. BOCQUILLON-LIMOUSIN.—*Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897*, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1^{re} classe, lauréat de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 308 pages, cartonné..... 3 fr.

Les formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions.

Le *Formulaire* de BOCQUILLON est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1897 contient un grand nombre d'articles nouveaux introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, Rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.