

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec



DECEMBRE 1906

SOMMAIRE

Mémoires.

- 141—La déclaration obligatoire de la tuberculose, par MM. les Drs. Samuel Bernheim et Louis Dieupart de Paris.
156—Sur les corpuscules des chmauch et sur la composition histologique du sang du chat, J. Jolly et A. Vallée.
161—Appendicite et tuberculose de l'appendice, Dr A. Edge.
165—Dyspepsies, Dr J. O. Leclerc.

Consultation Chirurgicale

- 175—Calculs biliaires et opération, Dr P. C. Dagneau.

Thérapeutique Obstétricale

- 178—Dans quelles circonstances l'application du forceps, paraissant opportune, peut-elle être différée ou évitée?
Dr L. Demelin.

Formulaire du Praticien

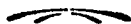
- 185—La diarrhée des tuberculeux, Dr L. Rénou.

Intérêts Professionnels

- 187—Amendements à la charte de la profession médicale, Dr Albert Jobin.

Divers

- 189—Mouvement chirurgical à l'hôtel-Dieu de Québec, novembre, 1906. Dr A. Paquet.



INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57, AV. D'ANTIN, PARIS

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologiste à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- C. VERGE, Chef du département d'Electrothérapie à l'Hôtel-Dieu.
- C. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHER, Médecin du dispensaire, Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. Fiset, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLIQUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. PINAULT, P. LAGUEUX, E. DION.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU. E. TURCOT. C. VERGE. P. FAUCHER. A. SIMARD. E. MATHIEU. A. MAROIS, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

MEMOIRE

LA DECLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE

Par MM. les Docteurs Samuel BERNHEIM et Louis DIEUPART de Paris

Malgré la lutte incessante dirigée contre la tuberculose, ce fléau national et même international n'en continue pas moins chaque année à détruire un nombre énorme d'individus fauchés à l'âge où le capital humain représente sa plus grande valeur au présent et au futur. Les moyens de combat : dispensaires, sanatoriums, œuvres sociales n'ont pas marchandé leurs efforts et cependant s'ils ont remporté quelques succès, ils n'ont point encore réussi à diminuer la propagation constante de la contagion, à éteindre le rayonnement meurtrier des foyers tuberculeux, but vers lequel tendent, à nous médecins et hygiénistes, nos recherches et nos travaux.

Cet insuccès relatif tient à notre avis à ce que jusqu'ici on s'est plus préoccupé de traiter l'organisme atteint que de le mettre à l'abri de l'atteinte du mal. Le tuberculeux, nous entendons celui à tuberculose ouverte, crache partout où il séjourne, contamine l'atelier, le bureau, le domicile privé et malheur aux faibles, anémiés, débilités, convalescents, tous les prédisposés en un mot, que leur mauvaise étoile fait vivre en contact avec lui. Les bacilles qu'il a si imprudemment et si généreusement semés, pénétreront dans les bronches, infecteront l'économie et si l'évolution de la maladie subit quelques rémissions, grâce à des traitements appropriés, elle n'en continuera

pas moins sa marche fatale. Le nouvel atteint se contaminera chaque jour à nouveau parcequ'il résidera dans un endroit jamais désinfecté.

Tant que l'on ne désinfectera pas obligatoirement et rigoureusement tout lieu habité par un tuberculeux toussueur et cracheur, la lutte contre la tuberculose sera non pas stérile, mais tout au moins fort retardée vers la victoire.

Par l'admirable casier sanitaire dressé pour Paris par M. Juillerat, par le travail de notre collègue Georges Petit, récemment publié sur les localisations tuberculeuses du XI^e arrondissement, en concordance parfaite avec les résultats de M. Juillerat, par les malades qui fréquentent nos dispensaires de l'œuvre de la Tuberculose Humaine et dont nous avons les adresses, par les enquêteurs de toutes œuvres antituberculeuses, qui eux vont chez le malade, nous rapportent leurs impressions, nous dépeignent les taudis sans air et sans lumière où vivent certains de nos consultés, nous savons où sont les maisons tueses de pauvres gens, nous savons ce qu'il faudrait faire pour les rendre inoffensives, nous savons qu'il faudrait, ou les désinfecter ou modifier leurs dispositions intérieures, ou mieux démolir les non améliorables, éventualité assez rare dit M. André Lefèvre dans un récent article, nous avons en mains tous les moyens pratiques de réaliser ces réformes et cependant nous ne pouvons rien de par la loi, néant.

Bien mieux il arrive parfois que nous sachions des logis, où rentrés sains les locataires successifs deviennent et meurent tuberculeux. Ce sont là dit M. Chauffard de véritables crimes sociaux et la loi ne semble rien faire pour les rendre impossibles. Nous ne pouvons ni les faire désinfecter de force, ni en affirmer le danger.

Eh bien, contre des faits déplorables auxquels nous assis-

tons impuissants, il faut que nous ayons l'appui de la loi. Une lacune est en elle qu'il importe de combler.

Il faut que la désinfection des logis tuberculisants soit obligatoire de par la loi, et pour que cette obligation devienne une réalité, il faut que l'Administration publique, ou privée sache où sont ces logis, qu'on lui déclare la maladie.

Nous touchons là à une question, nous n'en disconvenons pas. fort complexe, fort délicate, fort combattue. La déclaration obligatoire de la tuberculose, violation du secret professionnel, dit l'un, mise au ban de la société du tuberculeux, dit l'autre.

En France, nous avons, est-ce un défaut, est-ce une qualité, peut-être les deux, l'habitude de mettre toujours en avant la question de sentimentalité quand il s'agit d'intérêt pratique. Nous nous payons trop de mots. Nous semons les idées laissant aux voisins le soin de les mettre en action. Puis quand elles reviennent munies de l'estampille étrangère, le snobisme s'en empare, les met à la mode. Jusqu'ici chaque fois qu'on a parlé de la déclaration obligatoire de la tuberculose, on s'est toujours heurté à un sentimentalisme exagéré. On a toujours tenu compte des intérêts particuliers parfaitement respectables il faut le dire, mais devant céder le pas aux intérêts de la collectivité.

En quoi ces intérêts particuliers seraient-ils très menacés? Une désinfection, mensuelle par exemple, pratiquée sans que les proposés disent le pourquoi de leur intervention, des conseils utiles d'hygiène, des modifications au logis insalubre ne nous apparaissent pas des troubles très graves apportés au mode de vie.

Puis le décret du 10 février 1903 en application de la loi sur la protection de la santé publique du 15 février 1902 prévoit 13 maladies à déclaration obligatoire : nous voyons mal les

différences des mesures prises contre celles-ci avec celles prises contre la tuberculose. Elles ne seraient ni plus vexatoires, ni plus infamantes, voilà ce qu'il faut dire bien haut pour faire accepter sans trop de résistance des mesures prophylactiques contre la tuberculose.

Mais nous permettrons de mettre sous les yeux comme on dit au Palais les pièces du procès : d'un côté les adversaires convaincus de la déclaration obligatoire ; de l'autre ses partisans il faut le dire tout de suite, plus nombreux en donnant de très solides raisons.

Dans son nouveau référendum anti-tuberculeux publié en 1904 dans la Revue Internationale de la Tuberculose notre collègue Georges Petit avait posé la question suivante :

“Que pensez-vous de la déclaration obligatoire de la tuberculose ?”

Je ne crois pas qu'un médecin puisse consentir à se livrer à une pareille violation du secret professionnel sous le couvert de la loi, dit le Dr. Baudrand de Montceau les Mines. Le Dr. Lemaire la déclare inique et infamante.

Les Drs. Cart de Paris, Charles Vidal des Castres, Berchou de Paris, Foveau de Courmelles craignent que l'on fasse du tuberculeux un paria, un déclassé qui mis à l'index deviendra vite un révolté.

A l'Académie de Médecine vient de se dérouler une très longue discussion partie d'une communication fort intéressante de M. Albert Robin sur la mortalité tuberculeuse en France et en Allemagne, sur l'impossibilité d'établir absolument une statistique rigoureuse des décès dus à la tuberculose. Disons en passant que M. Robin trouve, contrairement à l'opinion presque unanime des praticiens à savoir que la tuberculose inconnue jadis au village augmente partout, que le chiffre de 150.000 décès tuberculeux annuels fixé approximativement

par M. Brouardel est manifestement exagéré et qu'il faudrait le réduire à 83.000.

De distingués orateurs en février, en mars se succédèrent à la tribune de l'Académie et tous furent d'accord pour regretter que de nombreuses fuites se produisaient en tuberculose, et qu'à cela un seul remède s'imposait : la déclaration obligatoire.

Dans l'armée, dit M. Kelen, où la statistique dispose de tous les moyens administratifs et scientifiques pour arriver à ses fins, elle est incapable de nous dire combien il y a de tuberculeux et cela est aussi vrai pour les armées étrangères que pour la nôtre. M. Cornil rappelle qu'en beaucoup de villes c'est un employé de mairie, incompetent en matière médicale qui dresse la statistique mortuaire. Sur quoi se base-t-il? Commérage de quartier ou racontars des croque-morts.

A plus forte raison la collectivité civile est-elle incapable de vous renseigner sur sa mortalité tuberculeuse. Il y a beaucoup de décès mentionnés sous la rubrique : causes inconnues, qui sont dus à la tuberculose, combien même dans nos hôpitaux de Paris sont marqués morts de bronchite chronique des tuberculeux avérés?

Malheureusement la statistique des causes de décès est internationale, elle ne pourra être modifiée qu'à la prochaine conférence en 1910 si nos souvenirs sont bien exacts.

Jusque-là devons-nous ignorer le chiffre exact de décès dus à la tuberculose? Il meurt chaque année trop de gens par cette maladie. Si nous voulons mener la bonne lutte, celle d'où l'on sort victorieux quand même il faut savoir la numération de l'adversaire. A cette condition seule nous pourrions aller de l'avant, dresser nos moyens de défense.

Sans une statistique exacte, nous remporterons des succès, certes, mais c'est à l'aveuglette, à tâtons et cela causerait des retards préjudiciables.

La discussion partie sur des chiffres prit tout de suite une ampleur digne du sujet ardent qui préoccupe à bon droit tous les médecins, les pouvoirs publics et même la grande presse. Lorsqu'on en vint à proposer la déclaration obligatoire de la tuberculose après décès partisans et adversaires se livrèrent à de savantes controverses.

Voyons les arguments des adversaires. Disons-le de suite, ils ont été à moitié battus, puisque l'Académie dans sa séance de Mardi (5 Juin), a adopté à l'unanimité les vœux suivants concernant la tuberculose.

“ La déclaration des maladies transmissibles obligatoire pour le médecin doit l'être également pour le logeur, le chef de famille, les chefs de collectivité et d'établissements.

“ Lutte contre la tuberculose.—Le médecin traitant indiquera à l'entourage du malade et au malade lui-même les mesures à prendre pour éviter la contagion. L'exercice du droit de déclaration donne le moyen de provoquer la désinfection en cas de changement de domicile ou de décès. Il convient en outre d'organiser la lutte contre la tuberculose par une loi spéciale qui devra envisager non seulement les transmissibilités, mais encore l'insalubrité des locaux, l'alcoolisme, etc. . . ”

A la liste des 13 maladies à déclaration obligatoire, l'Académie ajouta la coqueluche mais n'osa pas, jugeant peut-être que les esprits ne sont pas encore mûrs, adjoindre la tuberculose, classée actuellement la première des maladies à déclaration facultative. Il y a cependant dans la résolution académique une indication qui semble dire aux médecins d'user plus et mieux qu'ils ne le font de cette faculté déclarative.

M. Laveran dit que la déclaration obligatoire est vexatoire et inutile. On tient à cacher la tuberculose. L'expérience a déjà été faite : il y a quelques années les médecins des bureaux de bienfaisance ont choisi dans 5 quartiers de Paris 100 tuber-

culeux chez lesquels le service municipal de désinfection a organisé des désinfections hebdomadaires.

Les malades regardés comme des pestiférés furent expulsés, dit M. A. J. Martin et ne trouvèrent plus à se loger, ajoute M. Josias.

M. Laveran est cependant partisan de la désinfection après décès et si le local est petit, malsain, si le malade est malpropre, insouciant il faut l'envoyer dans un sanatorium, le soustraire lui et sa famille à sa coupable négligence. Pour les classes aisées, riches, instruites qui savent obéir aux prescriptions hygiéniques, la désinfection est inutile.

M. Pinard s'élève avec force contre la violation du secret médical. La désinfection après décès par tuberculose ouverte est impossible à réaliser et serait insuffisante. Pourtant, devant la résistance à ne pas vouloir désinfecter c'est au médecin que ce droit d'imposer la désinfection doit être dévolu : tout maire doit posséder le droit et le moyen de l'exécution.

C'est en somme sous une autre forme le principe de la désinfection obligatoire.

M. Robin est partisan de la déclaration après décès, mais non pendant la vie, parce qu'on fera des prias, des exclus des collectivités. Aucun patron ne consentira à les conserver. Il encourrait les reproches de ses ouvriers. Déjà les malades sortant d'Angicourt ont adressé deux pétitions, déclarant qu'ils sont marqués d'une tare indélébile, qu'ils ne peuvent trouver de travail nulle part.

Malgré des réserves M. Robin est lui aussi partisan de la déclaration. Mais il demande qu'on s'inquiète du sort réservé aux tristes êtres qu'elle aura privés de tout moyen d'existence.

M. Huchard regrette qu'on ne tienne pas plus compte du secret médical qui est la propriété du médecin et dont aucune loi humaine ne peut, ni ne doit le dégager. M. Renon cité par

l'orateur, bien qu'il dise que le tuberculeux est chassé de partout comme un objet d'épouvante est cependant partisan de la déclaration obligatoire.

Celle-ci après décès seulement sera insuffisante, difficile à exécuter. M. Huchard ne voit qu'un moyen d'arriver à combattre la tuberculose, disparition de l'alcoolisme et des logis insalubres. Comme les orateurs précédents il demande néanmoins la désinfection exigible de locaux contaminés par les maladies transmissibles sans désignation spéciale de la maladie.

Adversaires, praticiens ou académiciens n'ont que deux arguments à faire valoir contre cette proposition.

Le secret médical (art. 378 du Code pénal) est une chose dont nous avons toujours été fort jaloux. Cependant il est des cas où la conscience parlant plus haut que la loi, c'est d'elle seule que le médecin doit s'inspirer. Nous trouvons pour notre part qu'il n'y a pas de loi qui tienne devant la certitude de catastrophes. Quand un syphilitique sur le point de se marier en pleine période d'accidents contagieux, refuse d'obtempérer aux injonctions du médecin qui lui interdit le mariage, le médecin doit-il laisser s'accomplir un tel crime ?

Il est des cas où la loi elle-même nous dégage du secret professionnel. Article 15 de la loi du 30 Novembre 1892, le médecin est tenu de faire à l'autorité publique la déclaration de maladies épidémiques figurant sur une liste dressée après avis de l'Académie de Médecine et un comité consultatif d'hygiène publique de France.

Nous nous expliquons mal la crainte exagérée du secret. D'autant que pour des maladies moins dangereuses nous en sommes déliés et peu de médecins songent à s'en plaindre.

Ainsi la rougeole indiquée comme maladie à déclaration obligatoire est la plupart du temps d'une grande bénignité. On est appelé une fois ou encore il arrive qu'on n'est pas appelé

du tout. Contre elle cependant on a jugé utiles des mesures de protection, primant le principe du secret professionnel.

Un intérêt supérieur de la santé d'autrui doit nous rendre un peu moins intransigeants, quant au secret, en matière de tuberculose. Sous prétexte de secret professionnel laisser toute une famille se tuberculiser dans un taudis infecte nous paraît constituer une mauvaise action? Au reste ceux qui parlent si haut du secret professionnel arriveraient fatalement à le violer par des moyens détournés en exigeant la désinfection. Il faudrait bien en donner une raison.

Au résumé, la loi, vu les exigences des intérêts de la collectivité, vu l'obligation absolue supérieure à tous les plus nobles principes, d'empêcher les ravages des maladies épidémiques nous a déjà délié du secret professionnel pour treize d'entre elles : nous demandons d'y adjoindre la tuberculose plus redoutable que quelques unes.

On fera du tuberculeux un paria. Nous croyons qu'on exagère beaucoup. Il y a dix ans la chose eut été juste. Maintenant qu'on connaît mieux la maladie, qu'on sait qu'elle est curable, qu'elle est évitable, la peur qu'on avait d'elle a diminué beaucoup. Sans doute il existera toujours des phobiques qui mettront à l'écart leurs parents tuberculeux. C'est à nous médecins qu'il appartient de leur faire comprendre leurs craintes irraisonnées. Voyez ce qui se passe dans nos dispensaires : le malade qui vient là se croit tuberculeux, et s'il l'est nous n'avons que très rarement vu sa famille, son entourage médical le met à l'écart comme un pestiféré. Il sait qu'en se soignant, en prenant certaines précautions il peut se guérir et être inoffensif pour les siens.

Quand on verra régulièrement arriver l'équipe des désinfecteurs les locataires de la maison prendront peur, les clients si le malade est un commerçant désertent la boutique. Serait-il

donc impossible de procéder un peu plus discrètement qu'il n'est fait aujourd'hui. L'énorme voiture spéciale des étuves municipales désigne trop clairement aux voisins la présence d'un contagieux. L'industrie ne peut-elle créer un appareil léger, peu encombrant que l'homme chargé de la besogne porterait sur son dos? Quant au linge, car il faut penser à tout, si l'on veut agir utilement, il doit être lui aussi désinfecté, nous avons déjà démontré antérieurement qu'il était dangereux, nous ne voyons pas quelle différence il y aura vis à vis du voisinage à ce qu'il soit emporté par la blanchisseuse ou l'employé des étuves. A l'administration de cacher le plus possible son apparition.

Il y a là une question d'éducation publique qui reste à faire : nous devons dire qu'elle est déjà commencée en grande partie. L'hygiène pénètre partout et rares sont les récalcitrants qui veulent échapper à ses exigences. Nous n'en prendrons pour exemple que le succès des appareils à nettoyage par le vide : regardés au début par tout un rassemblement de badauds, c'est à peine si l'on y prête attention maintenant. Agissons et le temps fera le reste.

Lorsqu'on installe un dispensaire antituberculeux, dans une boutique, les locataires de la maison commencent par protester. Au bout d'un mois, ils n'y pensent plus. Ils n'ont plus peur, ils sont devenus hygiéniquement parlant des gens propres.

Nous croyons avoir suffisamment démontré l'inanité des objections présentées contre la déclaration obligatoire de la tuberculose, nous allons maintenant dire quelques mots des raisons données par les partisans combattant les adversaires.

M. H. Benjamin constate avec regret que les animaux sont parfois mieux logés que des êtres humains et que des lois très sévères de police exigeant des déclarations obligatoires sous

peine de sanctions très sévères, protègent mieux l'espèce animale que l'espèce humaine. Sans doute on a taxé ces lois de vexatoires, mais on s'est débarrassé de fléaux et on a conservé des capitaux énormes.

Lorsqu'en 1903 l'Académie établit la liste des maladies à déclaration obligatoire, c'est avec regret que la tuberculose n'y fut pas inscrite. Pour marquer la transition et préparer un avenir améliorant l'état actuel elle fut inscrite la première de celles à déclaration facultative. "L'exclusion de la tuberculose, disait M. Josias, est d'autant plus regrettable que c'est dans les mesures édictées par la loi que l'entourage des tuberculeux pauvre pourra trouver une protection efficace. La classe aisée peut actuellement se défendre contre la tuberculose : la classe pauvre ne le peut que si la loi, si l'action publique viennent à son secours.

"Nous hésitons à déclarer la tuberculose obligatoire, ce serait le meilleur moyen de combattre la contagion et de limiter ses ravages continuels."

A la suite de ces longues discussions académiques, M. le Dr. Netter a présenté le 6 Juin 1906 à cette société un certain nombre de vœux qui ont été tous adoptés. En voici le résumé.

"La statistique des causes de décès ne peut offrir de garanties d'exactitude que si les déclarations sont faites par les médecins traitants. Ces déclarations ne peuvent être imposées que si des mesures sont prises pour assurer le secret médical."

"Les conditions de développement et d'évolution de la tuberculose sont si différentes de celles des autres maladies transmissibles qu'on ne saurait, pour combattre cette maladie se contenter des mesures édictées par la loi du 15 février 1902 ; il convient d'organiser cette lutte par une loi spéciale.

"L'Académie, se référant à son vote du 30 Juin 1905, appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de faire

fonctionner les services de désinfection prévus par la loi du 15 février 1902.

La déclaration facultative n'a jusqu'ici rien donné. Elle n'a pas sa raison d'être, la loi ne la reconnaît pas. C'est, dit M. Vallin, une mauvaise formule qui n'a donné aucun résultat utile.

Le droit à ordonner la désinfection demandé par M. Pinard est accordé au médecin et il ne s'en est pas servi.

Et cela se comprend actuellement : le public sait que le médecin est libre de déclarer ou non. Soucieux avant tout d'être à l'abri des ennuis de l'existence il abandonnera le médecin déclarateur pour en prendre un plus discret. S'il sait que le médecin est tenu à la déclaration, que tous agiront de même, il sera bien forcé de s'y conformer.

Au Congrès de la Tuberculose de 1905 on a émis le vœu que la déclaration de la tuberculose ouverte fut généralisée.

Rappelons-nous ce qu'ont fait à la Havane les Américains pour la fièvre jaune. Ils ont pris des mesures draconiennes, acceptées peut-être avec quelque résistance, mais ils ont à peu près débarrassé l'île de cette terrible maladie.

En certains états de l'Amérique du Nord la défense de cracher sur le sol est légale, et la déclaration obligatoire est appliquée.

On peut donc donner le pas aux intérêts collectifs sur ceux particuliers.

On a déjà contre la vaccination obligatoire fait état des mêmes arguments : droits, principes, sentiments, impossibilité d'application et pourtant la chose est entrée dans la pratique.

Toutes les objections contre cette déclaration sont donc réfutables de par l'expérience même des mesures prises ailleurs contre d'autres fléaux.

On a dit encore qu'il y aurait trop de désinfections à pra-

tiquer, la fonction créée l'organe. L'argent dépensé pour empêcher 12.000 parisiens de mourir tuberculeux sera de l'argent bien placé.

Déjà en 1904 le Dr. Holmboë, directeur du service médical civil de Christiania avait dit que seule cette déclaration obligatoire pourrait faire observer les précautions hygiéniques.

En Norvège la loi du 8 mai 1900 enjoint aux médecins de déclarer au président du Comité de santé publique, toujours un médecin, les maladies compliquées de sécrétions malades. En 1901, il a été déclaré 10.944 cas de tuberculose, dont 10.086 pulmonaires. Tout n'a pas été signalé dans cette première année d'application de la loi. Pourtant il est ressorti nettement que la phobie tuberculeuse a diminué considérablement, que lorsque la surveillance hygiénique est exercée d'une façon pleine d'égards, la loi n'a rien d'inhumain.

Le Dr. Félix Putzeys, professeur d'hygiène à l'Université de Liège soutient très vivement le principe de la déclaration obligatoire présenté en séance du 4 Mai 1903 par M. le Prof. Frankal et il nous fait un résumé des dispositions légales adoptées à ce sujet en certains pays.

A New-York le règlement du 16 février 1898 fait un devoir à tout médecin de notifier au bureau sanitaire tout cas de tuberculose pulmonaire.

A Berlin une ordonnance de police du 8 décembre 1890 prescrit aux médecins de déclarer dans les 24 heures tout cas de tuberculose pulmonaire, laryngée, intestinale. La désinfection est obligatoire. On doit ajouter que cet avis n'a pas dû être très bien observé, car il a été rappelé au corps médical en 1901.

A Dusseldorf une ordonnance du 25 Mars 1891 donne les mêmes obligations. Dans le district d'Arnsberg tout décès par tuberculose doit être déclaré dans les 24 heures. Dans le duché

de Bade, le district de Wiesbaden, en Saxe-Altembourg, mesures analogues.

A Francfort Mein une ordonnance de police du 3 Juin 1900 a rendu la déclaration obligatoire.

A Trèves dans le royaume de Saxe mesures à peu près identiques.

En Italie (réglement du 3 février 1901) on doit déclarer tout cas de tuberculose pulmonaire dans les collectivités : les laiteries et vacheries et partout quand il y a décès ou changement de domicile. La désinfection est obligatoire.

Un arrêté royal du 31 Octobre 1801 prescrit en Espagne la déclaration de la tuberculose.

En Australie (Queensland) la loi sanitaire du 20 Novembre 1901 impose la déclaration de tout décès par phthisie.

Au Portugal l'arrêté royal du 30 Aout 1902 ordonne au médecin de signaler toute tuberculose ; la désinfection est obligatoire. Si le malade ne veut pas prendre de précautions, l'autorité sanitaire intervient. S'il travaille dans un atelier, on peut empêcher qu'il puisse continuer d'y travailler.

En Suisse, cantons des Grisons, en Autriche Hongrie, à Rio de Janeiro, mesures à peu près identiques. Ici on déclare pendant la maladie, là après décès seulement, mais de quelque façon que la loi intervienne, il y a une efficacité réelle à son intervention puisque partout la désinfection suit la déclaration.

En Angleterre la déclaration est facultative et se fait d'accord avec le principal intéressé. Mais étant donné le très haut souci de l'hygiène que possède la race anglaise ce système fonctionne d'une manière remarquable.

CONCLUSIONS.—Quelles conclusions fermes tirer de cette étude ?

Il nous semble inutile d'insister sur la gravité de la tuberculose et sur les ravages qu'elle cause. A elle seule elle figure

pour le 1/4 ou le 1/5 de la mortalité globale. Elle mérite au moins autant de vigilance que plusieurs maladies réunies. Or on a pris des mesures énergiques contre la rougeole, la suette miliaire, les oreillons et la coqueluche, toutes maladies à déclaration obligatoire, et on hésite encore à instituer le seul moyen prophylactique efficace qui nous permettra d'enrayer l'extension du redoutable fléau.

A la dernière conférence internationale de la tuberculose (La Haye 1906) une commission d'études a été nommée pour présenter un rapport définitif sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

A l'Académie de Médecine de Paris, le rapporteur de la commission chargée de cette question s'est déjà prononcé pour la déclaration facultative et par ce vœu elle relève le médecin praticien du secret professionnel. De deux choses l'une, ou bien la déclaration est utile ou elle est superflue. Si elle rend des services, elle doit être obligatoire et non facultative. Dans une lutte avec un aussi redoutable ennemi, il ne faut pas de sentimentalité : il faut être franc et énergique et avoir tout le courage de son opinion. Des deux mesures sont de mauvaises mesures.

On peut donc sans bouleverser l'humanité déclarer obligatoirement la tuberculose. Certains pays le font et s'en trouvent bien. Il faut espérer qu'un jour, l'éducation publique sera suffisamment grande pour qu'en France et partout ailleurs on accepte sans résistance ce principe de bonne sauve-garde.

Un dernier mot : nous pensons que la déclaration obligatoire doit être toujours faite après décès et après tout déménagement de quelque nature que soit la tuberculose.

Pendant la vie, à notre avis la déclaration ne doit viser que la tuberculose ouverte, celle où le patient expectore des bacilles. Il nous semble inutile de compliquer la question en englobant

toutes les tuberculoses, osseuses, ganglionnaires, cutanées etc. . . . qui pour le voisinage ne présentent presque aucun danger.

Bien entendu toute déclaration entraîne ipso facto la désinfection discrète, mais réelle.

Nous pensons avoir réussi à démontrer que la déclaration obligatoire n'avait rien d'impossible à être réalisée. Tout le monde est d'avis que des mesures sanitaires soient prises contre la tuberculose ; celle-ci en constitue une des plus énergiques.

Des objections peu fondées, plus sentimentales que raisonnables ont été faites contre elles. Nous serions heureux si notre réfutation eut servi à en établir l'exagération mal fondée.

—————(o)—————

SUR LES CORPUSCULES DE SCHMAUCH ET SUR LA COMPOSITION HISTOLOGIQUE DU SANG DU CHAT.

Par MM. les Drs. J. Jolly de Paris et Arthur Vallée de Québec.

Dans des communications antérieures, l'un de nous a eu l'occasion de décrire, dans le sang des embryons et des jeunes mammifères, l'existence de corpuscules spéciaux inclus dans les globules rouges du sang, corpuscules qu'il s'est efforcé de distinguer des "nucléoïdes", et des "granulations basophiles des hématies", et dont il a montré l'origine nucléaire. Toutefois Schmauch (1) a décrit en 1899, dans le sang du chat jeune et

(1) G. Schmauch. Ueber endoglobuläre Körperchen in den Erythrocyten der Katze (*Virchow's Archiv*, 1899, Bd CLVII, p. 201).

adulte, des corpuscules endoglobulaires qu'il a considérés comme des restes nucléaires, et que quelques auteurs ont voulu assimiler aux restes nucléaires véritables décrits par l'un de nous.

Ayant eu l'occasion d'examiner le sang d'un certain nombre de chats de différents âges, depuis le jour de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, nous avons cherché à éclaircir la signification des corpuscules décrits par Schmauch.

Schmauch examine le sang du chat (1) dans l'eau salée physiologique (2) colorée par du violet de méthyle.

Les corpuscules endoglobulaires qu'il observe sont de dimension variable ; ordinairement arrondis, mais quelquefois aussi irréguliers, de forme étoilée avec des prolongements. Ils sont colorés par le violet de méthyle, mais non pas le vert de méthyle. La coloration sur les préparations sèches est beaucoup plus difficile que dans le sang frais. Les globules qui présentent les corpuscules endoglobulaires sont peut-être plus altérables que les autres, car ils présentent certaines des altérations signalées par Maragliano comme nécrobiotiques. Ces corpuscules sont particulièrement nets dans les globules dont l'hémoglobine a été hémolysée.

Tous ces caractères, que nous rapportons d'après Schmauch, distinguent absolument les corps de Schmauch des véritables restes nucléaires : forme étoilée, réaction colorante, difficulté d'obtenir des préparations persistantes, etc. Tous ces caractères sont opposés. Ils rappellent, au contraire, ceux d'une altéra-

(1) La plupart de ses animaux sont des adultes. Ses plus jeunes chats ont trois mois. Les animaux qu'il examine sont normaux, ou saignés, ou empoisonnés avec de la pyridine. Dans le sang de fœtus de chat de 8 centimètres, il ne trouve que 2 ou 3 hématies contenant les corps endoglobulaires.

(2) Il ne donne pas le titre de la solution de NaCl qu'il emploie.

tion banale bien connue (1). Si, en effet, on examine le sang du chat avec la technique de Schmauch, on observe sur un grand nombre de globules rouges cette altération, petite papule réfringente, colorable facilement par les couleurs basiques et qui n'a absolument aucun rapport avec un reste nucléaire.

Si maintenant on examine le sang du chat avec les méthodes usuellement employées pour la confection de préparations persistantes, on constate les faits suivants :

1° Les leucocytes peuvent être rapportés à quatre variétés : lymphocytes de différentes tailles ; mononucléaires à protoplasma basophile rappelant les cellules décrites par Turk dans le sang pathologique de l'homme sous le nom de formes d'irritation ; leucocytes granuleux à noyau double, correspondant aux cellules éosinophiles des autres mammifères, mais dont les granulations, assez volumineuses, n'ont d'affinité ni pour les colorants acides ni pour les colorants basiques, ni pour leurs mélanges, et prennent seulement, après la fixation par les liquides chromosomiques, et coloration par l'éosine-hématéine, une teinte brun jaunâtre foncée, constante. A la naissance, les leucocytes polynucléaires dominant (60 p. 100 environ) comme chez beaucoup de mammifères à ce moment ; la proportion des lymphocytes ne tarde pas à s'élever et, chez les chats de quelques semaines

(1) J. Jolly. Sur la formation des globules rouges de mammifères (Congrès international d'anatomie, Genève, août 1905 ; *Comptes rendus de l'Association des Anatomistes*, p. 108). A l'occasion de cette communication, M. Askanazy et M. Sabrazès ont émis l'opinion que les corps de Schmauch sont des restes nucléaires. M. Sabrazès identifie les corps de Schmauch, les granulations basophiles du cobaye intoxiqué par le plomb, et nos restes nucléaires. Nous ne pouvons accepter aucune de ces opinions. Au même Congrès, M. Askanazy a eu l'amabilité de montrer à l'un de nous une préparation de Schmauch ; l'examen de cette préparation confirme absolument les conclusions de la présente note sur la non-identité des corps de Schmauch et de nos restes nucléaires.

et les chats adultes, on trouve en général une forte majorité de lymphocytes atteignant souvent 80 p. 100. Les leucocytes granuleux spéciaux, qui sont nombreux dans le sang, le sont au contraire dans la moëlle osseuse, où la plupart ont un noyau arrondi et correspondant aux myélocytes éosinophiles des autres mammifères.

L'existence de ces leucocytes granuleux a un certain intérêt théorique : récemment, plusieurs auteurs sont revenus à l'idée ancienne que les granulations éosinophiles étaient constituées par de l'hémoglobine, ou tout au moins par une hémoglobine modifiée. Cette manière de voir s'appuie sur la ressemblance (et non l'identité) des réactions colorantes des granulations et de l'hémoglobine ; or, chez le chat, la cellule qui correspond morphologiquement aux leucocytes éosinophiles des autres mammifères contient des granulations dont les réactions n'ont absolument aucune ressemblance avec celles de l'hémoglobine.

2° On trouve dans le sang des chats nouveau-nés un certain nombre de globules rouges nucléés, comme chez la plupart des mammifères à cette époque de la vie. Mais, ce qui est plus important, c'est que la présence de ces globules nucléés peut persister jusqu'à l'âge adulte. Ils sont alors ordinairement rares ; toutefois, chez une chatte de trois ans, en parfaite santé, non pleine, non en lactation, nous les avons rencontrés relativement nombreux. Ce fait a beaucoup d'intérêt au point de vue de la théorie de l'origine des hématies des mammifères aux dépens de globules rouges nucléés (1).

3° Dans le sang du chat, pendant les premières semaines de la vie, nous avons rencontré des globules rouges porteurs de

(1) Schmauch dit que le sang du chat sain ne contient, même chez les jeunes animaux, aucun globule rouge nucléé. Sa description des leucocytes est tout à fait inexacte.

véritables restes nucléaires (1). Le chat ne diffère pas, à ce point de vue, des autres mammifères (rat, souris, chien, lapin, chevreau, etc.). Chez cet animal, les restes nucléaires persistent seulement un peu plus longtemps. Chez des chats de trois et quatre semaines, nous les avons trouvés aussi nombreux que chez les rats de dix à quinze jours. Après le deuxième mois, nous avons pu les observer encore, mais rares et difficiles à retrouver. Ce simple fait les éloigne des corps de Schmauch dont les plus jeunes chats ont trois mois et dont les corpuscules existent d'après sa description dans un grand nombre de globules. Mais leur existence explique que Schmauch ait pu à la rigueur les voir et les assimiler à d'autres corps.

Nous pensons donc, pour conclure, que Schmauch a pu voir, peut-être, dans le sang du chat, les véritables restes nucléaires, mais que la plupart des corpuscules endoglobulaires qu'il a décrits, sinon tous, répondent simplement à une altération banale et bien connue, due à la technique qu'il employait et aussi à l'altérabilité assez grande du sang du chat.

(Travail du Laboratoire d'histologie du Collège de France.)

—(0)—

(1) Nous pensons, au contraire, que les véritables restes nucléaires du sang du chat ont été vus par Howell et par Bloch.

Bloch, dans son excellent travail (Beiträge zur Hämatologie, *Zeitschrift f. klin. Medizin*, Bd XLIII, 1901, p. 420), en donne une description et des figures exactes. Bloch discute les corps de Schmauch et croit, comme nous, que la plupart des corps de Schmauch sont des artefacts.

APPENDICITE ET TUBERCULOSE DE L'APPENDICE

L'appendicite tuberculeuse dont l'étude est encore plus ou moins bien fouillée nous fournit cependant des conclusions utiles et importantes qui méritent d'être signalées.

L'appendicite tuberculeuse n'est pas aussi rare qu'on ne semble le croire.

Le Professeur Letulle, sur 500 autopsies a décelé 144 fois des lésions tuberculeuses de l'appendice ; 132 fois, il y avait en même temps des lésions tuberculeuses de l'intestin, et 12 fois seulement, ce dernier était indemne.

La plupart des statistiques publiées jusqu'à aujourd'hui, nous donnent une moyenne de fréquence de 1.30%.

L'affection se manifeste entre 30 et 40 ans et le sexe masculin semble y être le plus prédisposé.

Au point de vue clinique, l'appendicite tuberculeuse présente deux formes : a) la forme aiguë qui évolue de la même façon qu'une appendicite banale, sauf qu'au lieu de la constipation, on constate assez souvent de la diarrhée. Ce dernier symptôme détermine la nature bacillaire de l'affection. b) la forme chronique d'emblée, caractérisée par la fréquence des attaques et les récidives nombreuses. Cette répétition de crises évoque immédiatement l'idée de la tuberculose, et ce, avec d'autant plus de raison que, dans l'intervalle, l'on constate le refroidissement incomplet de l'appendicite. Ajoutons à cela la constatation de diarrhées et des alternatives de diarrhée et de constipation chez le malade, ce que l'on ne rencontre pas dans l'appendicite ordinaire, attendu que la constipation en est la règle.

L'appendicite tuberculeuse abandonnée à elle-même, amène inévitablement la perforation avec péritonite consécutive et plus

souvent perforation dans un foyer d'adhérences avec formation d'abcès froid qui n'est rien autre chose qu'une fistule pyostercorale.

L'état général est considérablement affecté et l'écoulement diarrhéique épuise le malade à tel point qu'il succombe à la cachexie et à la dégénérescence amyloïde de ses viscères. Il faut tenir compte aussi des nombreuses complications qui peuvent survenir telles que : l'établissement d'une fistule post-opératoire, la tuberculose iléocaecale, la péritonite tuberculeuse à forme ascitique ou ulcéro-caséuse et bien d'autres encore, surtout en ce qui concerne l'appareil respiratoire. Le pronostic varie suivant ses formes ; cependant, l'on peut, sans témérité, dire qu'une appendicite tuberculeuse a d'autant plus de chances de guérir qu'elle est opérée plus près de son début.

Le diagnostic devient très difficile à la période d'appendicite proprement dite. Peu importe la nature de l'appendicite que l'on ait à traiter, la seule chose qui s'impose, c'est l'opération.

Anatomiquement, l'on distingue quatre variétés de lésions : des nodules tuberculeux, des ulcérations, l'hypertrophie et la dilatation kystique. La plus grave et la plus fréquente est la forme ulcéralive.

A l'autopsie des tuberculeux pulmonaires, dont le canal intestinal a été infecté par les bacilles de Koch, il n'est pas rare de rencontrer la tuberculose de l'appendice vermiforme et du cæcum. L'on observera plus rarement la bacillose intestinale circonscrite à l'appendice.

Par contre, l'appendice révèle 25 à 30 p. 100 d'altérations chroniques macroscopiquement reconnaissables à l'autopsie. Une sténose ou une oblitération complète circonscrite à une partie plus ou moins étendue du canal appendiculaire caractérisent la plupart du temps ces lésions qui démontrent la guérison

de l'appendicite avant que l'organe soit envahi par la tuberculose.

Comme question de fait, le professeur Letulle qui, jusqu'à ces derniers temps, sur 300 pièces d'appendicite opérée n'avait pu obtenir un seul cas décisif, a eu, par un hasard de la clinique, la bonne fortune de recueillir, à deux reprises, une appendicite tuberculeuse opérée.

Pour justifier ces quelques notes, qu'il nous soit permis de rapporter les deux observations suivantes qui sont d'un intérêt doctrinal assez remarquable :

1^{ère} OBS.—Un jeune pharmacien, atteint de troubles intestinaux graves, caractérisés par des crises de constipation suivies de débâcles fort douloureuses se décida à consulter un chirurgien. Celui-ci reconnut l'existence d'une tumeur du cæcum et, après avoir ouvert l'abdomen, trouvant la tumeur trop adhérente se contenta d'extirper l'appendice, étant donné que l'organe en question lui paraissait trop dur et trop gros.

La pièce confiée par la suite au Professeur Letulle prouva qu'il s'agissait d'une appendicite folliculaire entrecoupée de foyers tuberculeux bacillaires, très remarquables mais très pauvres en bacilles colorables par les méthodes ordinaires. Les chirurgiens en présence de cette constatation, revinrent sur leur impression première et dès lors considérèrent le cæcum comme atteint de "tuberculome hypertrophique," très connu depuis les travaux de Pilliet, Hartmann, Broca, Natta-Larrier.

Dans ce cas, l'appendicite est tuberculeuse d'une façon très discrète. L'extrémité libre de l'organe est oblitérée par une lésion ulcéreuse et la tuberculose s'est greffée dans la partie sous-jacente à l'oblitération, sur la muqueuse chroniquement enflammée.

2^{ème} OBS.—Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans tuberculeux pulmonaire.

Pendant les cinq premiers mois de son séjour à l'hôpital, ce malade eut à subir cinq poussées d'appendicite aigue, caractéristiques par leur forme circonscrite et par les vomissements répétés que chaque crise occasionnait. Epuisé par ces attaques subintrantes, le malade demandait d'être opéré. Ce ne fut pas, sans hésitation, car l'on croyait être en présence d'une appendicite chronique tuberculeuse. L'appendice, bien qu'adhérent, fut extrait sans peine et l'on y trouva deux ordres de lésions bien distinctes.

Les coupes ont laissé voir nettement une tuberculose avancée de la muqueuse appendiculaire.

Les placards caséux s'y montrent nombreux, étalés, parsemés de cellules géantes et saillantes dans la cavité appendiculaire incomplètement remplie de pus caséux.

D'autre part, là où la muqueuse n'est pas encore détruite, on y voit des lésions de l'appendicite aigue folliculaire non tuberculeuse.

Les vaisseaux lymphatiques péri-folliculaires, intermusculaires et plus profondément, lymphatiques sous-séreux et ceux logés dans le méso-appendice sont gorgés de leucocytes par une lésion aigue térébrante.

Pour ne pas insister davantage, de ces deux observations, nous pouvons conclure utilement au point de vue de l'étude pathogénique des infections appendiculaires associées que :

1° A l'occasion de poussées d'appendicite aigue ordinaire, l'on opère rarement l'appendicite tuberculeuse.

2° L'appendicite aigue n'est pas rare au cours de la tuberculose chronique de l'appendice et donne rarement lieu à intervention chirurgicale.

3° La tuberculose de l'appendice, le plus souvent ulcératrice, ne semble pas favoriser le développement d'infections aiguës

secondaires, susceptibles d'y produire des poussées d'appendicite aigue non tuberculeuse.

4° Sans vouloir paraître audacieux, peut-être serions-nous en droit d'avancer que la bacillose et les infections microbiennes sont plutôt antagonistes à l'intérieur de l'appendice vermiforme du caecum.

DR. ALEX. EDGE.

—————(0)—————

DYSPEPSIES.

—————

Il est peu de terme médical auquel on a attaché des significations aussi variées, aussi différentes qu'à ce mot de dyspepsie. En effet, aux diverses époques, suivant les connaissances acquises, suivant les doctrines à la mode, on en a fait tantôt un trouble fonctionnel, tantôt une gastrite, tantôt une viciation du chimisme gastrique, tantôt une névrose douloureuse, tantôt un simple trouble digestif lié à une névrose.

Pour ne remonter qu'au commencement du siècle dernier, avec Broussais, la dyspepsie va périr, va être englobée par la gastrite quand Barras atteint de dyspepsie nerveuse, décrit en 1832 ce qu'il a étudié sur lui-même et sur plusieurs malades. La névrose douloureuse a détrôné la conception de Broussais, et elle règne en maître. Le professeur Chomel, quelque vingt ans après, donne un sens plus large à la dyspepsie, il admet qu'à côté de la névrose stomacale, il y a la dyspepsie; boulimique, la dyspepsie acide, la dyspepsie alcaline, la dyspepsie des liquides et la dyspepsie flatulente.

Beau, vers 1860, ressuscite les idées de Broussais, avec quelques légères modifications, puis Bouchard met sur le compte de la chlorhydrie les troubles dyspeptiques.

C'est alors que l'emploi de la sonde vient tout bouleverser et marque une nouvelle phase dans la pathologie gastrique. C'est à Leube que revient l'honneur d'avoir étudié ce qui se passe dans l'estomac en extrayant le contenu gastrique quelque temps après l'ingestion des aliments. Le chimisme est peu connu, et les renseignements fournis par la sonde de Kussmaul sont à peu près nuls.

En France, Lasègue considère la dyspepsie comme une névrose douloureuse et proclame que le dyspeptique n'est dyspeptique qu'à condition de souffrir et de se plaindre.

G. Sée, entrevoyant l'engouement que devaient créer les expériences de Leube et des allemands déclare que les dyspepsies seront chimiques ou ne seront pas.

La névrose allait de nouveau régner quand de nouvelles techniques d'examen du suc gastrique viennent renverser toutes les conceptions antérieures. Pour Leube, on a une dyspepsie chimique ou on est un nerveux. C'est la sonde qui fait le diagnostic. Boas, Ewald mettent les troubles du chimisme sur le compte d'une névrose à déterminations stomacales.

Hayem & Winter n'admettent pas cette influence du système nerveux, mais démontrent en retour, par des études histologiques que les viciations du chimisme sont dues à des altérations de la muqueuse.

Plus récemment, Dubois (de Berne) & Déjérine à sa suite nous disent que 90% des dyspepsies sont de fausses gastropathies. Mathieu, Roux et Gauthier abaissent le pourcentage à 50% environ, et de plus, ils nient l'action de l'hyperchlorhydrie comme pouvant causer la gastrite.

* * *

Après ce qui précède quelle définition peut-on donner de la dyspepsie ?

Pour faciliter la description nous appellerons dyspepsie toute digestion lente, pénible ou mauvaise et la définirons avec Mathieu : " Il y a dyspepsie toutes les fois qu'il y a viciation de la digestion qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de lésion de l'appareil digestif.

Classification.—Si les conceptions sur la dyspepsie ont été variées, les classifications ne leur cèdent en rien. Broussais, par des études histologiques, avait démontré qu'il y avait toujours lésion organique et il avait basé sa classification sur l'état de la muqueuse. Mais ses autopsies portaient sur des cadavres dont la mort remontait à 24 heures, et les lésions décrites sont plutôt des lésions dues à la putréfaction.

Les études de Broussais traversèrent les frontières de la France et jusqu'en 1876 les allemands ne décrivent qu'une seule gastrite, la gastrite muqueuse ou catarrhe muqueux. Lenbe modifie la classification des Allemands, il place à côté du catarrhe muqueux le nervosisme. Cette classe comprend tous les dyspeptiques qui ne présentent pas d'hyperchlorhydrie. Sauf quelques modifications apportées par Boas et Ewald, cette classification règne encore en Allemagne.

Debove, Bouchard, Mathieu et Robin ont proposé des divisions basées sur les perturbations du chimisme gastrique notamment sur les viciations de Hcl. Mais nous savons aujourd'hui par les recherches de Roux, Balthazard et Soupeault que l'hyperchlorhydrie n'est pas incompatible avec une bonne santé, et que l'on voit très souvent des gens indemnes de tout trouble digestif présenter un taux très élevé de Hcl. Nous insistons sur ce point car trop d'auteurs admettent que toute irritation gastrique se traduit par une poussée d'hyperchlorhydrie et se basent sur ces faits pour classer les dyspepsies. Rien n'est plus inexact ; en effet pour avoir une forte crise d'hyperchlorhydrie, il faut déjà être hyperchlorhydrique et avoir un

état sécrétoire en état de répondre à l'excitation. La gastrite seule ne saurait créer l'hyperchlorhydrie pas plus que l'hyperchlorhydrie ne saurait créer la gastrite. Tout au plus la gastrite nous avertit-elle d'une hyperchlorhydrie jusque là latente. Nous avons pu nous-même constater ces faits sur un sujet bien portant à qui nous avons fait faire plusieurs repas d'épreuve. Nous avons toujours constaté un taux en Hcl très élevé. Nous avons reproduit expérimentalement une légère gastrite au moyen d'excès voluis de tabac et d'alcool; nous avons alors constaté une hypersécrétion très marquée, mais Hcl a peu ou pas varié.

Ces classifications ne répondent donc plus à nos connaissances actuelles. Au surplus, Mathieu n'accepte plus cette division qu'il a proposée autrefois.

Hayem et ses élèves ont essayé de démontrer que la sécrétion de Hcl dépendait de l'état de la muqueuse, et à la suite d'études histologiques faites dans son laboratoire, il a classé les dyspepsies de la façon suivante : 1° Forme commune de la gastrite chronique avec ou sans dilatation gastrique, 2° Forme nerveuse de la gastrite chronique, 3° Forme latente. Il a basé sa classification sur ce fait qu'il n'a pu trouver un seul estomac répondant au type normal. Mathieu et Soupeault ont démontré que les altérations décrites par Hayem n'étaient pas pathologiques et des expériences récentes ont confirmé leurs idées. Von Moritz a en effet démontré que l'estomac, en outre de sa fonction digestive, joue un rôle de protection, de défense vis-à-vis l'intestin dont la muqueuse est très sensible. Arrivés dans l'estomac, les aliments sont broyés, digérés, réchauffés ou refroidis selon le cas; le pylore se refuse à leur passage, s'ils sont dangereux pour la muqueuse intestinale. Or c'est cette fonction, ce rôle de protection qui est la cause des modifications que l'on rencontre à la surface de l'estomac. La peau qui recouvre la

plante des pieds obligée de supporter le poids du corps subit des modifications. Est-il un individu dont la peau plantaire réponde à l'histologie de la peau normale? En concluons-nous que c'est une altération pathologique? Il se passe dans l'estomac une modification analogue pour ainsi dire physiologique. C'est pourquoi il est impossible de trouver une muqueuse normale, i e, ayant des caractères histologiques nets.

La division d'Hayem ne répond donc pas non plus aux doctrines actuelles.

Tout récemment M. J. Ch. Roux, étudiant les causes auxquelles tout médecin doit penser lorsqu'il se trouve en présence d'un dyspeptique a proposé la classification suivante. Dans un premier groupe, il range toutes les dyspepsies liées à une gastrite chronique, dans un deuxième, les dyspepsies liées à une affection nerveuse, névrose, psychoses etc., dans un 3e les dyspepsies secondaires à une affection viscérale.

Étant donné qu'on ne meurt pas de la dyspepsie, l'anatomie pathologique de cette affection est peu connue et par suite une classification basée sur les lésions est impossible. Nous accepterons la classification étiologique de Roux, comme étant la plus rationnelle, comme étant de toutes les précédentes celle qui répond le mieux aux connaissances acquises ces dernières années grâce aux Rayons X.

DYSPEPSIES LIÉES A UNE GASTRITE CHRONIQUE

Cette forme est-elle fréquente? Les neurologistes disent 10%, les gastrologues répondent 40% (Gauthier), 60% (Mathieu et Roux). Cette diversité d'opinion tient probablement aux différentes catégories de malades qui fréquentent les services de neuropathologie et les consultations des maladies de l'appareil digestif. Quoiqu'il en soit, il est un fait important à connaître, c'est qu'il existe de vraies et fausses gastropathies,

que toutes deux sont des causes fréquentes de dyspepsie, et qu'il faut savoir bien faire le diagnostic de l'une et de l'autre, car le traitement diffère du tout au tout. S'il faut suralimenter, gaver même le névropathe, il faut au contraire ménager, laisser reposer l'estomac malade et ne lui donner que des aliments qu'il puisse supporter facilement.

Il faut bien rechercher dans les antécédents du malade s'il n'y a pas une cause capable de produire la gastrite et parmi ces causes les plus fréquentes sont : le tabac, l'alcool, les médicaments, (mercure, iodure de potassium, quinquina, fer, santal, créosote, copahu, naphthol, etc) le café, les écarts de régime, une mauvaise hygiène alimentaire etc. etc. Toutes causes n'agissant qu'en autant que l'estomac aura subi leur action prolongée.

Tous les auteurs attachent, avec raison, une importance capitale au mode de début, à la manière dont la dyspepsie s'est installée. Il faudra donc bien interroger le malade, lui faire préciser ce qui ne semble pas net, ne pas se contenter des réponses vagues qu'il donne le plus souvent.

Dans un langage verbieux, plus ou moins imagé suivant son imagination plus ou moins fertile, le malade nous racontera les sensations qu'il éprouve, sensation de brûlure, déchirement, tiraillement etc. etc ; ça n'a aucune espèce d'importance, il faut couper court à tout cela. Ce qu'il importe surtout de connaître, c'est l'intensité de la douleur et surtout le moment où elle se produit.

Les malades sont portés à exagérer leur douleur, il faudra prendre un chemin détourné pour arriver à avoir la note juste ; c'est ainsi que nous avons vu des malades se plaindre de douleurs atroces, insupportables, qui cependant ne les empêchaient pas de fumer, de jouer au bridge, lire leur journal etc. Quelques malades vomissent au moment de leurs douleurs, d'autres sont forcés de laisser leur travail, d'autres de défaire leurs cein-

tures tant le ventre est douloureux. D'autres enfin ont des douleurs telles qu'elles leur arrachent des cris, les font se rouler par terre.

Le moment où se produisent les douleurs varie avec les malades et quelquefois chez le même malade. Mais le plus souvent elle est univoque pour le même individu. Quelques malades se plaignent de douleurs survenant immédiatement après les repas, s' continuant 2, 3 ou 4 heures avec ou sans paroxysmes au bout de ce temps. D'autres souffrent violemment après le repas, puis la douleur diminue pour s'apaiser complètement en 3 ou 4 hrs. D'autres enfin, et c'est la catégorie la plus nombreuse, ont des douleurs qui surviennent à temps déterminés, 4 h. p. m. 10 heures du soir. Ces douleurs sont quelquefois d'une telle régularité que le malade peut dire l'heure par le début de sa crise. Ce sont les dyspeptiques à horaire de douleurs.

Après avoir eu des renseignements nets et précis sur l'étiologie et la douleur subjective, on passera à l'examen du malade.

Roux a bien mis en lumière l'examen de la sensibilité du point épigastrique et la valeur sémiologique de cette sensibilité. (1) On devra donc la rechercher avec soin. Le résultat de

(1) On sait aujourd'hui par les expériences de Collin, Lemander et Talma que l'estomac normal présente une dissociation de sensibilité inverse de celle que l'on rencontre dans la syringomyélie. L'estomac devient sensible à la distension à une pression de 20° d'eau et il peut différencier 2 liquides d'une température différente de 3° (Roux). Nous avons pu différencier 4°. Mais que les traumatismes, les agents chimiques ne causent aucune douleur, nous l'avons constaté à diverses reprises par des expériences sur nous même. Si l'estomac devient malade, tous les agents physiques et chimiques sont alors susceptibles de lui causer de la douleur; et la sensibilité normalement réflexe devient alors consciente. Chez des tuberculeux atteints de gastrite médicamenteuse, Roux a marqué le point maximum de la douleur. Après la mort il a enfoncé une vrille à ce point jusqu'à la colonne vertébrale et a disséqué avec soin tout ce qui se trouvait sur le trajet de la vrille. La vrille n'a jamais traversé le pylore, et une seule fois un foie hypertrophié et ptosé, mais a toujours traversé le tronc cœliaque où se trouve le plexus solaire et d'où passent les filets nerveux qui suivent les artères et vont se ramifier dans l'estomac. Il en a conclu que ce point ne correspondait pas au pylore comme disait Couveilhier, ni au foie comme le croyait Glénard, mais bien au plexus solaire.

Ce point épigastrique est situé à la rencontre de la ligne xiphoido-ombilicale et de la ligne réunissant les 10em. côtes. Un individu normal supporte à ce niveau une pression de 4000 à 5000 grammes.

l'examen sera différent suivant qu'on examinera le malade à jeun, pendant l'intervalle des crises ou pendant les crises. Si à jeun ou pendant l'intervalle des douleurs, on constate que la sensibilité est nulle, il y a de fortes présomptions en faveur des douleurs tardives vraies; d'ailleurs le malade ne manquera pas de dire alors qu'au moment de ses douleurs la région épigastrique est très sensible. Plusieurs malades préciseront davantage; ils indiqueront l'endroit où c'est le plus sensible, et c'est le point épigastrique qu'ils indiquent. D'autres malades présentent une sensibilité assez marquée à jeun, l'interprétation en est ici un peu plus difficile. Ou le malade a des douleurs tardives excessivement pénibles, ou il a un ulcus, ou c'est un nerveux. L'examen des selles par la méthode de Weber sera d'une grande utilité pour éliminer l'ulcus; le mode de début de la maladie et surtout l'intensité des douleurs éprouvées par le malade nous feront rejeter la névropathie.

Si nous voyons le malade pendant une crise de douleurs tardives vraies, il accusera de la sensibilité à une très faible pression (300 à 500 grammes).

Nous devons toutefois nous empresser de dire que l'exploration épigastrique ne donne aucun renseignement chez les gens âgés de plus de 45 à 50 ans. Car chez eux le plexus solaire semble avoir perdu toute sensibilité à la pression.

On devra toujours comparer les plaintes du malade avec la sensibilité épigastrique et d'une manière générale l'on peut dire qu'elle est parallèle à l'intensité des douleurs.

Il arrivera quelquefois de déceler une sensibilité diffuse à toute la face antérieure de l'estomac. Pour Mathieu on ne rencontre ce symptôme que chez les malades atteints de gastrite alcoolique ou chez les hystériques.

Repas d'épreuve : Le repas d'épreuve phosphiaté nous montrera un résidu stomacal assez considérable et une hypersécrétion.

Le chinisme nous révélera une hyperchlorhydrie assez marquée dans la plupart des cas. Le chimisme ne vaudra qu'en autant qu'on interviendra au summum de la digestion, c'est-à-dire à ce moment précis où le rapport du chlore total au chlore fixe est dans la proportion de 3 à 1, sinon l'examen chimique ne vaudra rien. C'est par une série de repas successifs retirés à des durées de temps inégaux qu'on arrivera à saisir le moment où la sécrétion est le plus active, au moment où $\frac{T}{F} = 3$

Mais la recherche de l'hyperchlorhydrie n'est pas d'un intérêt palpitant, puisque le malade était hyperchlorhydrique avant de souffrir, qu'il conservera son taux élevé de HCl après sa guérison, et que surtout on peut la rencontrer chez un sujet en bonne santé. L'abondance des liquides de sécrétion, ont à notre point de vue une meilleure valeur diagnostique. Nous reviendrons d'ailleurs plus tard sur ce sujet dans un autre travail sur des expériences personnelles.

Donc en résumé, étiologie nette, début précis au milieu d'une bonne santé, douleurs tardives généralement identiques à elles-mêmes pour un même malade, sensibilité épigastrique marquée au moment des crises, et parallèle à l'intensité des douleurs subjectives, abondance des liquides de sécrétion forment le cortège des dyspepsies liées à une gastrite chronique, et le syndrome des douleurs tardives viaies.

Traitement.—Trois indications à remplir : faire reposer l'estomac, alimenter le malade, calmer les douleurs.

Le repos absolu de l'estomac est impossible. Les lavements nutritifs ne sauraient alimenter des malades qui ont besoin d'être bien soutenus ; tout au plus réussira-t-on à compliquer la gastrite d'une rectite. Pour donner à l'estomac un repos relatif on choisira des aliments qui séjournent le moins longtemps possible dans l'estomac et dont la composition chimique est peu irritante pour la muqueuse.

Les études de Penzoldt à ce sujet sont tout à fait intéressantes, et elles ont servi de base aux régimes que l'on devra donner aux malades atteints de gastrite.

L'on commencera par le régime lacté absolu ; 3 ½ litres par jour suffisent pour bien soutenir les forces du malade. Si l'estomac est très peu tolérant, on donnera le lait en petite quantité à la fois, toutes les heures depuis 8 heures a. m. à 8 heures p. m. Puis quand l'estomac tolérera bien ce régime on fera prendre le lait par ½ litre dans le même espace de temps.

Si le lait occasionne de la constipation on donnera au malade du lab ferment ; si au contraire il cause de la diarrhée, on lui ajoutera de l'eau de chaux ou de la craie préparée.

Lorsque le malade supportera bien ce régime sans aucune douleur, on ajoute des potages au tapioca, au vermicelle, des farines diverses préparées au lait. Puis progressivement des œufs crus ou très légèrement cuits, du beurre en petite quantité ; quand ces aliments seront bien supportés, on ajoutera de la purée de pommes de terre, pain grillé sec, œufs plus cuits, omelette, jambon maigre, poulet bouilli. Puis plus tard quand l'estomac sera devenu tout-à fait tolérant, on permettra des soupes maigres, viandes rôties ou bouillies pourvu qu'elles soient bien mastiquées, fruits verts, etc. Quand l'estomac sera tout-à-fait guéri, on permettra tous les aliments sauf ceux qui sont d'une digestion pénible, irritants ou séjournant très longtemps dans l'estomac comme les saucissons, les mets épicés ou faisandés, légumes verts.

Contre les douleurs on donnera des alcalins :

Bicarbonate de soude 15 grammes.

Magnésie calcinée 6 grammes (Mathieu).

Prendre une cuillerée à thé de cette poudre au début de la douleur ; si la douleur ne se calme pas, en prendre de nouveau ½ cuillerée à thé. Mais le malade ne devra jamais dépasser 20

grammes par jour. Si les alcalins ne calment pas le malade, il vaudra mieux faire cesser leur emploi et les remplacer par des pilules de Belladone ou par l'eau chloroformée.

Contre les douleurs très intenses on peut donner de la cocaïne, faire appliquer des sinapisines ou des compresses chaudes froides. Il faut bien se rappeler toutefois que les alcalins ne guérissent pas, ils sont tout au plus un palliatif. Ce qui guérira le malade, c'est le régime.

Nous en avons fini avec les douleurs tardives d'origine pathologique. Nous n'avons pas eu l'intention de faire un exposé complet du sujet, loin de là, le sujet est trop vaste. Nous avons voulu tout au plus donner une faible idée des conceptions actuelles sur la gastrite avec douleurs tardives vraies, de la dyspepsie telle qu'on la comprend aujourd'hui. Dans un autre travail nous ferons un résumé très succinct de la dyspepsie nerveuse et de la dyspepsie secondaire.

J. O. LECLERC

—(o)—

Consultation Chirurgicale

CALCULS BILIAIRES ET OPÉRATION

Il y a quelques années Kerr, le grand spécialiste allemand, disait que l'on doit toujours opérer les calculs de la vésicule biliaire aussitôt diagnostiqués. Aujourd'hui on est moins intran-sigeant ; le fait que certains malades, après avoir souffert pendant un temps très variable des calculs qu'ils portent dans leur vésicule biliaire, reviennent à un état de santé très acceptable, pour

vivre ensuite comme tout le monde, a fait penser que l'opération radicale ne serait pas toujours nécessaire. Et la résultante c'est que l'on opère aujourd'hui les malades qui ont des complications inflammatoires et ceux dont les calculs causent des douleurs sérieuses sans tendance à la guérison. Disons en passant que le seul moyen d'enlever un calcul de la vésicule biliaire qui ne peut franchir les voies biliaires c'est d'ouvrir la vésicule, les dissolvants ne sont pas encore découverts et il n'y a guère à prévoir le jour où ils le seront. L'ouverture simple et l'ablation des calculs ne constitue pas une opération bien sérieuse, elle se fait quelquefois dans des conditions de facilité absolument remarquable. En voici un exemple : Une femme de 57 ans était dyspeptique depuis deux ans et demi. Son médecin avait cherché inutilement la cause de cette dyspepsie, il avait même soupçonné un cancer de l'estomac. Sous l'influence du régime lacté absolu la malade s'améliore un peu, elle reprend même un peu de l'embonpoint quelle avait perdu et vague couramment à ses occupations de fermière.

Les choses vont leur train jusqu'à la fin de Septembre 1906. Alors elle est prise de douleurs fortes, très fortes dans le flanc droit. En l'examinant son médecin trouve sous le bord du foie une tumeur grosse comme une mandarine, un peu mobile dans le sens transversal. La malade trouve elle-même cette tumeur, et assure ne l'avoir que depuis le début de ses douleurs. Nous la voyons au douzième jour, pouls lent régulier, température normale, teinte sub-ictérique très légère aux conjonctives.

La malade est opérée chez elle, à la campagne, sous anesthésie par le chloroforme.

Laparotomie latérale droite, ouverture de la vésicule qui ne contient pas de bile mais du mucus clair, filant, et deux calculs, un gros, à peu près cubique, un plus petit arrondi et engagé dans le canal cystique. Ce dernier est un peu difficile à enlever et

nous arrête pendant plusieurs moments. Suture de la vésicule à la paroi et drainage. Avec l'assistance d'un aide très-entraîné le tout dure dix-neuf minutes. La plaie guérit par première intention, il coule très peu de bile par le tube et la malade se lève guérie au 25^e jour.

Il y a deux choses à remarquer chez cette malade, d'abord la vésicule était distendue par un fluide clair, transparent, distendant la vésicule, c'est à dire un mucoécèle de la vésicule biliaire. M. Routhier vient d'en présenter un cas semblable à la société de chirurgie de Paris (séance du 21 novembre 1906). Cette disposition arrive quand un calcul en obstruant le cystique met la vésicule en dehors de la circulation de la bile dans les canaux biliaires, c'est une occurrence assez rare mais dont on a rapporté cependant quelques cas.

Ensuite les calculs avaient une disposition et des formes absolument remarquables. Le premier calcul était libre dans la vésicule, cubique, son arête mesurait trois quarts de pouce ; des six faces bien indiquées, quatre surtout étaient polies, et deux de celles-ci avaient commencé à se recouvrir d'une autre couche de la matière de calcul—l'autre calcul, irrégulièrement arrondi, avec un diamètre de cinq huitième de pouce ne portait que deux faces dont une seule bien polie.—Donc on peut conclure à la disposition suivante, le petit calcul était fixé dans le cystique d'une manière stable et le gros venait s'y frotter sur toutes ses faces plus ou moins.

P. C. DAGNEAU.

44, Rue Couillard.

Thérapeutique Obstétricale

DANS QUELLES CIRCONSTANCES L'APPLICATION
DU FORCEPS, PARAISSANT OPPORTUNE, PEUT-
ELLE ÊTRE DIFFÉRÉE OU ÉVITÉE ?

PAR LE DR. L. DEMELIN
*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
accoucheur des hôpitaux.*

Volontiers, aujourd'hui, on anathématise le forceps et on tend à enseigner que son emploi devient de jour en jour plus exceptionnel.

À mon sens, il y a là une exagération fâcheuse. L'intention est bonne, certainement, car entre deux extrêmes, l'abstention est moins préjudiciable que l'abus. Mais, *in medio virtus*; et l'art du médecin est d'opérer sans crainte quand l'indication est nettement posée, — à la condition de bien opérer, évidemment.

Un bon forceps, manié avec prudence, lenteur et douceur, est un merveilleux instrument, qui a encore, fort heureusement pour les femmes et les enfants, de beaux jours devant lui.

Quoique très partisan du forceps, et très désireux d'en répandre l'usage, je ne méconnais pas cependant ses dangers, et je pense qu'on ne doit jamais l'appliquer sans motifs sérieux; même, les lignes suivantes auront pour but de montrer que certaines circonstances, fréquemment rencontrées en clinique, permettent la temporisation et jusqu'à l'abstention complète.

Il va sans dire que nous mettrons à part les indications absolues: si un danger quelconque surgit, (souffrance du fœtus le plus souvent, quelquefois menace pour la vie ou la santé de la

mère), point d'hésitation : il faut terminer d'urgence l'accouchement,—pourvu que la dilatation de l'orifice soit complète,— et on n'a qu'à choisir entre le forceps et la version.

Aux présentations de l'épaule, du siège, aux têtes élevées et mobiles, aux utérus souples et remplis d'eau, convient l'extraction par les pieds ; aux têtes fixées ou engagées, avec rétraction du muscle utérin, répond l'application des fers.

Lorsque l'accouchement est arrêté par une insuffisance du calibre pelvien relativement au volume de la tête, certes actuellement l'extraction *de force* a perdu beaucoup de terrain et c'est justice. L'objectif est, non pas d'extirper le fœtus à la façon d'une tumeur ou d'un corps étranger qu'on morcelle ou qu'on broie, mais bien d'amener au jour un enfant vivant et capable de survivre. Je n'ai pas à discuter ici le cas où l'application du forceps devient presque une embryotomie déguisée, tant elle laisse peu de chances favorables au produit de conception.

Mais voici des faits journellement observés : la dilatation de l'orifice est bien complète et depuis quelque temps déjà ; le bassin est normalement conformé, la présentation est celle de l'extrémité céphalique, plus ou moins engagée ; pourtant, l'expulsion traîne en longueur. Nulle urgence, nul danger pour la mère ou l'enfant bien entendu. Faut-il aider cette femme qui souffre, ou vaut-il mieux attendre ? Pour résoudre le problème, il est nécessaire d'en analyser les données. Puisqu'il y a arrêt ou lenteur de l'expulsion, bien certainement le muscle utérin est insuffisant à sa tâche, mais pourquoi, si la femme et l'enfant sont bien conformés ?

Souvent, c'est une primipare, dont la période de dilatation a été fatigante par sa longueur : il a fallu 24 heures, 24 heures ou davantage pour obtenir l'ouverture de 10 à 11 centimètres de diamètre. La tête est dans l'excavation en position oblique antérieure, ou en occipite-pubienne, et l'utérus est inerte. Le

douleurs sont faibles et assez espacées ; dans l'intervalle qui les sépare, la parturiente cède au sommeil ; l'auscultation (renouvelée souvent) du cœur fœtal est rassurante, le méconium ne colore pas le liquide amniotique qu'on voit couler de temps en temps ; attendez, résistez à l'entourage énérvé, qui crie bien haut qu'il ne faut pas s'endormir. Accordez, au contraire un peu de repos à la parturiente, et au bout d'une demi-heure, une heure ou un peu plus, les contractions reprendront de la force. Dès leur réveil, stimulez l'état général avec une boisson alcoolique très sucrée (le sucre est un bon excitant musculaire), donnez un grand bain chaud et prolongé, voire, faites avaler une dose ou deux de cinquante centigrammes de sulfate de quinine (jamais d'ergot, surtout !) et souvent vous verrez l'expulsion reprendre son cours favorable, et marcher vers la terminaison spontanée. Si la tête est bien engagée, et l'orifice cervical inaccessible, parce qu'il a été franchi par la présentation, l'injection chaude n'atteint pas le muscle utérin, elle n'a qu'une action platonique sur le vagin et le cuir chevelu du fœtus.

Assez fréquemment, à la dilation complète la poche des eaux est demeurée intacte : elle résiste à des poussées pourtant vigoureuses et la tête dûment reconnue à la partie supérieure de l'excavation, reste sans progresser. Le remède est simple et souvent très efficace : ouvrez les membranes (dans l'intervalle de deux douleurs si la poche est un peu grosse, afin d'éviter la procidence du cordon ombilical qui serait peut être projeté par une contraction énérgique). Je répète que la dilatation doit être bien complète ; si elle ne l'est pas, attendez sans percer la poche (sauf exceptions précises, hydramnios abondante, placenta prævia, adhérences des membranes au segment inférieur, dans lesquelles d'ailleurs, la poche d'eau n'est jamais volumineuse).

Il est des femmes vigoureuses, bien musclées, mais nerveuses et pusillanimes, qui dès qu'elles sentent la tête appuyer

sur le périnée, redoutent les douleurs d'ampliation et s'efforcent de les éviter : elles y réussissent partiellement en s'opposant autant qu'elles peuvent à l'effort expulsif; elles crient beaucoup, s'agitent, relâchent leur sangle abdominale, mais contractent au contraire leur plancher pelvien. Au toucher, on trouve la tête à la vulve en occipito-pubienne, mais on note la tension volontaire — intermittente — des releveurs. Essayez de convaincre votre cliente, et si vos paroles sont sans effet, faites aspirer quelques bouffées de chloroforme : vite, le dégagement aura lieu. Non que ce médicament ait une vertu excitante pour la fibre utérine, mais c'est qu'il supprime—à titre d'anesthésique—les sensations redoutées.

D'autres fois, la primipare, courageuse, pousse énergiquement malgré les douleurs ; mais le périnée solide (quoique sans tension volontaire), s'oppose à la progression de la tête ; celle-ci est en occipito-pubienne ou en oblique antérieure très voisine de la directe, vous pouvez aider la femme au moyen de l'*expression abdominale* : montez sur une chaise, à côté du lit, empaumez à deux mains le fond de l'utérus (agissez avec les paumes des mains largement ouvertes, et *non* avec les poings fermés), et au moment des contractions, poussez sur le fœtus dans la direction du petit bassin, appuyez fortement sur le ventre, mais sans à coup, et sans violence. Quelques foulées d'expression abdominale suffisent parfois à vaincre la résistance périnéale et permettent d'éviter le forceps.

Autre éventualité bien commune : Une parturiente, primipare ou multipare, a un travail pénible en ce que les douleurs siègent surtout dans les lombes. *L'accouchement se fait par les reins*, comme on dit en styles pécial. La dilatation est complète, la tête engagée est en position oblique postérieure ou transverse et *imparfaitement fléchie* (la fontanelle antérieure est au moins aussi aisément accessible que la postérieure.) La femme sent

et dit elle-même que ses efforts ne portent pas. Un nouvel examen répété une demi-heure ou une heure plus tard montre que les choses sont restées dans le même état. Que faire? Essayer, avec des manoeuvres manuelles, de fléchir la tête et de la faire tourner. Pour cela, attendez une contraction utérine, et au moment où la femme poussera (fixera le foetus,) avec le bout de l'index et du médius introduits dans le vagin, appuyez sur la tête, de manière à faire remonter le front, c'est-à-dire en agissant sur la région voisine de la fontanelle antérieure et dans le sens de la flexion : ou bien tentez en enfonçant les doigts davantage, d'aller accrocher la convexité de l'occiput, pour l'attirer à vous. Commencez toujours par la flexion : si elle est insuffisante, ou irréalisable, employez la manoeuvre de Tarnier : glissez l'index entre l'arc antérieur du bassin et la tête, à la recherche de l'oreille qui est de ce côté (*oreille antérieure*) ; l'index gauche convient aux positions occipito-iliaques droite, le droit aux positions gauches. Allongez le doigt derrière le pavillon, le long de son insertion au crâne, la face palmaire dans le sillon rétro-auriculaire au fond duquel elle va prendre point d'appui, et attendez la contraction utérine. A ce moment précis, pendant que la femme fait son essai d'expulsion, appuyez sur le fond du sillon rétro-auriculaire, dans le sens de la rotation en occipito-pubienne, c'est-à-dire de droite à gauche (par rapport à la femme) dans les positions droites, de gauche à droite, dans les positions gauches, prenez soin d'appuyer plus du côté du crâne (osseux) que sur le pavillon de l'oreille (lequel cartilagineux et mou se retrousse-rait, se replierait purement et simplement sous votre vain effort). Vous sentirez la tête esquisser un mouvement de rotation. Si la contraction utérine cesse avant que le résultat complet (rotation en occipito-pubienne) ne soit obtenu, ne retirez pas votre doigt, laissez-le en place jusqu'à la prochaine douleur. Recommencez alors à appuyer sur le sillon rétro-auriculaire. Et ainsi

en deux, trois ou quatre étapes, vous amenez la tête à la position directe. Telle est la manoeuvre de Tarnier, qui à la fois fléchit et fait tourner. Le défaut de flexion principalement, et aussi le défaut de rotation arrêtaient le travail et la preuve qu'ils étaient bien en cause, c'est qu'une fois corrigés, le dégagement se fait spontanément et parfois très rapidement.

Les moyens qui viennent d'être indiqués pour éviter le forceps, quelque efficaces et précieux qu'ils soient, sont tous passibles d'échecs. Quelles sont les limites de la temporisation ? (Il est convenu que ni la mère ni l'enfant ne sont menacés par un danger qui commanderait l'extraction d'urgence.)

Une règle clinique assez simpliste est la suivante : Quand, deux heures après le moment où la dilatation de l'orifice est devenue complète, l'expulsion n'est pas près de se terminer, on intervient.

Dans une de ses cliniques bien connues, le Professeur Budin montre que ce n'est pas là une question d'horloge. Les indications d'urgence toujours mises à part, si l'arrêt du travail est dû à l'inertie, à la fatigue utérine, si les contractions sont faibles et rares, on peut attendre sans inconvénient plusieurs heures, quatre, cinq et même six heures, après le moment où la dilatation est devenue complète. Au contraire, lorsque d'énerghiques efforts se répètent longtemps sans résultat, la compression des parois vaginales entre la tête fœtale et les os du bassin peut devenir dangereuse si elle est prolongée ; des œdèmes, des escarres, des fistules même sont possibles, et c'est pourquoi il y a avantage à rester, en pareil cas, dans la règle des deux heures.

Les fistules vésico-vaginales consécutives à l'accouchement sont certainement moins fréquentes aujourd'hui qu'autrefois, pour ma part, depuis plus de vingt ans, je n'en ai pas vu un seul cas chez les parturientes que j'ai assistées moi-même ; et à l'hôpital, dans les maternités que j'ai suivies, c'est au plus si j'en ai observé deux cas. Ces fistules, que les chirurgiens voient plus loin de l'accouchement et moins rarement que nous, se produisent ordinairement entre l'ac antérieur du bassin et lorsque la tête fœtale est restée longtemps dans l'excavation en position postérieure ou transverse, et mal fléchie : la femme fait alors tout ce qu'elle peut pour se débarrasser, mais on la laisse s'épuiser en vain, on attend dix, douze heures et davantage après le moment de la dilatation complète, et lorsqu'enfin on se décide à appliquer le forceps, on trouve la tête fœtale recouverte d'une énorme bosse séro-sanguine qui la bloque et la moule dans le petit bassin ; on entreprend une opération très laborieuse, on développe une force parfois très grande et trop souvent

le résultat est déplorable ; on extrait un enfant mort, ou mourant bientôt ; on a déchiré plus ou moins profondément le périnée, et on assiste, quelques jours après l'accouchement, à la chute d'une escarre qui établit la communication anormale entre le vagin et la vessie, sans compter les accidents infectieux qui peuvent encore assombrir le tableau.

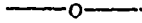
En résumé, la période d'expulsion comprise depuis l'instant où la dilatation du col est devenue complète (où la femme a commencé à faire des efforts expulsifs), jusqu'à la naissance de l'enfant, peut durer, sans inconvénients sérieux pour la mère, de quatre à six heures lorsque les contractions utéro-abdominales sont faibles ou espacées ; elle ne doit guère dépasser deux heures quand les poussées sont énergiques et fréquentes ; d'ailleurs, dans cette dernière circonstance, la bosse séro-sanguine devient vite volumineuse, et contribuerait pour sa part à rendre plus difficile une opération à laquelle la gêne de la circulation fœto-placentaire donne souvent un caractère d'urgence.

Pour se résoudre à temporiser ou à intervenir, le praticien appréciera la situation de la tête dans l'excavation.

Ainsi, les positions obliques postérieures du sommet et directe, de même que les transverses—les cas où la flexion est souvent imparfaite, donnent lieu à des applications de forceps délicates, et par suite assez fécondes en incidents et accidents, d'autant mieux qu'avec de telles attitudes la tête est assez habituellement à la partie supérieure de l'excavation. On aura donc alors tout intérêt à attendre que, grâce au temps et aux contractions utéro-abdominales, l'engagement soit devenu plus profond, la flexion plus parfaite et la rotation plus avancée. Que si, au contraire, la tête est descendue tout au fond du petit bassin, en contact avec le plancher pelvien, en position directe occipito-pubienne et bien fléchie, vraiment il est permis d'agir de bonne heure si les petits moyens précités ont échoué ; pourquoi ne pas débarrasser une femme qui peine, pourquoi ne pas lui éviter une demi-heure, une heure ou même plus de souffrance, en faisant une application de forceps élémentaire ? Cette intervention doit être et est vraiment inoffensive, à la condition d'être exécutée doucement, prudemment, lentement—rien ne presse—et la meilleure manière de protéger le périnée est de laisser la vulve se distendre petit à petit, grâce à des tractions intermittentes et modérées ; l'enfant, lui aussi, bénéficiera de la douceur du procédé.

Comme n'importe quel acte opératoire, l'application du forceps est d'autant plus bénigne qu'elle est plus facile. En dehors des indications formelles et pressantes, l'accoucheur ex

périmenté temporise tant que les conditions ne sont pas devenues spontanément très favorables, mais au moment d'élection il n'hésite pas, et il accorde sans retard à la parturiente les bienfaits d'un instrument remarquable, que l'on craint moins lorsqu'on le connaît mieux. Et le bien connaître, c'est non seulement le manier adroitement, mais aussi l'utiliser à propos.



Formulaire du Praticien

Hôpital de la Piété. — M. le Dr J. RÉNON

LA DIARRHÉE DES TUBERCULEUX

La diarrhée des tuberculeux, je veux dire la diarrhée des malades atteints de tuberculose pulmonaire, peut provenir de deux causes bien distinctes. Elle peut résulter d'une lésion de l'intestin par le bacille de Koch, et il s'agit alors d'une entérite tuberculeuse consécutive à la bacillose du poumon, à la suite de la déglutition des crachats virulents par le malade. Elle peut dépendre d'une faute de régime, en général d'une suralimentation mal comprise, car on a exagéré la pratique de la suralimentation, comme on a aussi trop diminué la gravité du pronostic de la tuberculose, qui n'est pas toujours, tant s'en faut une maladie aisément curable. Il faut remplacer la suralimentation, ce gavage intensif trop souvent néfaste, par une alimentation supplémentaire raisonnée et surtout progressive.

Quand la diarrhée des tuberculeux tient à une erreur de régime, il est en général assez facile d'y porter remède. Il convient de laisser le tube digestif au repos. On donnera pendant 15 à 20 heures l'eau de riz pour toute alimentation, et on associera à cette boisson l'usage d'une vieille mais excellente préparation, la décoction blanche de Sydenham, dont on prescrira une dose de 200 grammes à prendre dans les 24 heures, d'après la formule suivante :

Phosphate tricalcique	2 grammes
Mie de pain de froment	4 —
Gomme pulvérisée	4 —
Sucre blanc	12 —
Eau de fleurs d'oranger	2 —
Eau distillée	q. s. p. 200 cc.

A prendre dans les 24 heures par cuillerées à soupe ou par verres à madère.

La diarrhée cessera au bout de peu de temps, et, par la

La diarrhée cessera au bout de peu de temps, et, par la surveillance scrupuleuse du régime alimentaire, en évitant surtout les abus carnés, on aura les plus grandes chances de ne point la voir reparaitre.

La diarrhée consécutive à l'entérite bacillaire est infiniment plus rebelle. La présence de granulations et d'ulcérations entretient l'irritation de la muqueuse intestinale, et il est souvent difficile de s'en rendre maître.

L'alimentation devra être surtout végétarienne, et se composer de purées de légumes bien passées, de pâtes, de képhyr, en un mot d'aliments facilement assimilables, la lienterie étant un des principaux symptômes de l'affection.

Je conseille d'essayer d'abord les différentes préparations de tannin, et, en particulier, le tannigène, à la dose de 90 centigrammes par jour :

Tannigène..... 0 gr. 40
Pour 1 cachet. — Trois cachets par jour.

Si, au bout de peu de jours, cette médication n'a pas donné de résultats, il faut s'adresser aux opiacés, associés aux sel de bismuth, comme dans la formule :

Extrait thebaïque.... 0 gr. 10
Sous-nitrate de bismuth.... 4 grammes
Eau de fleurs d'oranger.... 25 —
Strop de rathanhia.... 30 —
Eau de tilleul 100 —

A prendre par cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Si, dans quatre jours, cette préparation n'a pas amené la cessation de la diarrhée, on doit la remplacer par la poudre de talc à haute dose, 100 à 200 gr. par jour, émulsionnée dans un peu d'eau ou de tisane, selon la méthode du Dr Debove.

Dans les cas rebelles à toutes ces médications, j'utilise depuis trois ans le bleu de méthylène, qui m'a donné des résultats remarquables, surtout dans les diarrhées consécutives *aux ulcérations tuberculeuses* de l'intestin, comme j'ai pu m'en rendre compte à l'autopsie. Je prescris le bleu de méthylène associé à la lactose, dans la formule suivante :

Bleu de méthylène..... 0 gr. 10
Lactose..... 0 — 20

Pour 1 cachet. — Prendre 3 à 4 cachets par jour. (Avoir soin de prévenir le malade que ces urines seront colorées en bleu.)

Dans quelques diarrhées rebelles, j'ai vu la cotoïne produire des effets intéressants. Prescrivez des pilules comme les suivantes :

Cotoïne..... 0 gr. 05
Pour 1 pilule. — Prendre 3 pilules dans les vingt-quatre heures.

Enfin, dans plusieurs cas où aucune médication n'avait pu vaincre la constipation, je l'ai vue céder à des injections intrarectales d'eau oxygénée données matin et soir, en employant 200 à 300 grammes d'eau oxygénée à deux ou trois volumes seulement, à la condition qu'elle fut rigoureusement neutre.

En plus du traitement intestinal direct, il importe d'appliquer sur le ventre des compresses chaudes ou des cataplasmes arrosés de 15 à 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Si les selles, répétées et profuses, amènent une trop grande déshydratation de l'organisme, il me paraît utile, malgré l'élévation de la température, de pratiquer aussi quelques injections sous-cutanées du sérum artificiel (300 à 800 grammes par jour) ou de sérum marin, pour relever la tension artérielle et lutter contre la cachexie.

— (0) —

Intérêts Professionnels

AMENDEMENTS A LA CHARTE DE LA PROFESSION MÉDICALE

Le Bureau Provincial de Médecine présentera, à la prochaine session de la Législature, un bill amendant la loi qui régit la pratique de la médecine dans cette province. L'objet principal de ces amendements est de relever le niveau des études. En effet il sera exigé, de tout candidat à l'étude de la médecine, un certificat du cours classique complet, et un examen subi avec succès sur presque toutes les matières de ce cours. Il va sans dire que les bacheliers ès-arts, ès-sciences et ès-lettres seront exempts de ces formalités. Ce bill pourvoit aussi à ce que le curriculaire médical soit de cinq années au lieu de quatre. En outre, cette loi définit plus clairement les pouvoirs du bureau des gouverneurs, et légifère contre les charlatans et contre ceux qui pratiquent la médecine au compte d'un médecin licencié. Enfin elle pourvoit à la création d'un conseil de Discipline. Ce conseil sera chargé d'instruire, d'entendre et de décider toute accusation ou plainte portée contre un membre du collège, à raison d'infractions à des devoirs professionnels, ou d'actes déro-

gatoires à l'honneur de la profession. Voilà, en quelques mots, le résumé de ce bill.

Maintenant, il n'y a pas à se faire d'illusion, ce projet de loi ne passera pas comme une lettre à la poste. C'est sûr et certain. Nous pouvons même nous attendre à une forte opposition. Le cours de cinq ans est loin d'être populaire chez nos députés. Et puis, je ne sais pour quelle raison, mais toujours est-il que la profession médicale n'a pas toujours été traitée avec justice par nos autorités civiles. La magistrature nous donne rarement raison. Le public médical connaît les échecs nombreux que nous avons subis contre les charlatans. Il faut avoir dix fois raison contre eux pour réussir devant un juge. Et nous ne sommes guère mieux traités par nos législateurs. L'on a encore présent à la mémoire tous ces bills d'ordre privé et public, imposés par nos députés, pour favoriser un certain nombre de médecins qui n'avaient pas rempli toutes les formalités voulues par la loi. Non seulement la Législature entrouvrait, pour ainsi dire de force les portes de notre profession pour en permettre l'entrée à un certain nombre de personnes, mais encore elle rejetait nos demandes, notamment en 1904, quand nous demandions d'établir le cours médical de cinq ans. Et savez-vous quelle était la principale raison que l'on donnait alors contre l'adoption de cette mesure? C'est qu'elle allait encombrer les autres professions. Evidemment l'on n'avait pas raisons sérieuses. Mais n'empêche pas que l'hostilité de la chambre d'alors était telle, je me le rappelle fort bien, qu'elle rejeta le bill d'une manière quelque peu méprisante.

Ce sentiment hostile existe encore ; il n'y a pas à se le cacher. Nous avons une grosse lutte à soutenir si nous voulons réussir dans nos projets. Que faut-il donc faire? Pour nous, il faut que tout notre corps professionnel s'occupe du sujet. Les officiers du bureau ont besoin du concours effectif de tous les membres de la profession. Si tous les médecins, possédant quelque influence auprès des députés, leurs amis, se faisaient un devoir de l'employer à cette fin, nul doute que le succès couronnerait nos efforts.

Si les médecins, comme individus, jouissent déjà d'une certaine influence, à plus forte raison, l'aide de sociétés médicales serait-elle d'un puissant secours. Imaginez la force qu'elles donneraient à ce mouvement d'ensemble de la profession, si les vingt et quelques sociétés médicales de la Province de Québec prêtaient leur concours. En leur qualité de gardiennes des intérêts de la profession, elles doivent prêter main-forte au Bureau de Médecine. Je ne veux pas dicter leur conduite à ce sujet.

Mais, dans mon humble opinion, il me semble qu'elles feraient bien de passer une résolution dans un sens favorable à ces amendements. Une copie de cette motion serait, autant que possible, signée par tous les membres de la société, et envoyée au député provincial du comté. L'on en profiterait pour faire sur lui une pression aussi forte et aussi énergique que possible. Les raisons du reste ne manquent pas pour le convaincre de la justice de notre cause. Dans tous les cas l'effet produit ne peut manquer d'être considérable.

Si aux sociétés médicales viennent se joindre les Facultés de McGill et de Laval, tant de Québec que de Montréal, on peut juger facilement de l'influence qu'un tel concours apporterait en faveur du profit de la loi. Aussi nous avons tout lieu de croire que ces facultés ne manqueront pas de s'associer à ce mouvement d'ensemble de la profession.

L'on voit d'ici quelle force aurait le Président du collège des Médecins, lorsque, paraissant devant le comité de la Chambre chargé d'étudier la question, il se sentirait et se dirait appuyé par toute la collectivité médicale de la Province. Il faudrait pourtant qu'il en fut ainsi, car il serait à désirer que pas un médecin ne restât indifférent au sujet de cette question. Il y va, comme on vient de le voir, de l'avancement de notre profession. Il s'agit dans le cas présent, de relever le niveau des études. Que tous nos confrères donc, animés de l'esprit public, deviennent comme autant d'apôtres et convertissent à leur cause les membres de la Législature Provinciale. Plus que jamais, l'union fera notre force. La victoire est à ce prix.

ALBERT JOBIN.

Québec, 25 Dec. 1906.

Divers

MOUVEMENT CHIRURGICAL A L'HOTEL-DIEU DE
QUEBEC, NOVEMBRE 1906

Chirurgie de la tête et du cou.

- 1° Epithélioma de la lèvre inférieure côté droit, 1. Ablation.
- 2° Plaie du menton, 1. Désinfection, suture.
- 3° Kyste sébacé sur le menton, 1. Ablation.

4° Sarcôme récidivant du maxillaire supérieur, 1. Résection du maxillaire.

5° Adénite tuberculeuse suppurée du cou, côté droit, 1. Ablation.

6° Adénite sous-maxillaire de nature épithéliomateuse, 1. Ablation. Récidive huit jours après.

Chirurgie du Thorax.

1° Cancer du sein, 3. Amputation du sein et évidement de l'aisselle.

2° Adénôme du sein, 1. Ablation

3° Récidive épithéliomateuse du sein, dans la cicatrice. trois mois après l'amputation, 1. Ablation de la partie malade.

Chirurgie de l'abdomen.

1° Hernie inguinale gauche, 3. Cure radicale.

2° Hernie inguinale double, 2. Cure radicale.

3° Hernie inguinale étranglée, 1. Cure radicale.

4° Eventration consécutive à une appendicectomie. Ablation de la cicatrice et suture de la paroi en quatre plans.

5° Adhérences intestinales à la suite d'un abcès appendiculaire opéré il y a 4 ans, 1. Laparotomie, rupture des adhérences.

6° Fistule d'origine appendiculaire, 2. Ablation de la cicatrice et dissection des adhérences.

7° Anus contre nature survenu après une appendicectomie datant de sept mois, 1. Application de l'entérotome Dupuytren sur l'éperon, deux fois, à dix jours d'intervalle, sans succès. Le malade guérit par une laparotomie, dissection des adhérences et suture de l'intestin.

8° Appendicite à froid, 2. Appendicectomie, drainage.

9° Appendicites aiguës, un cas datant de 10 heures, un de 24 heures, et l'autre de 48 heures. Appendicectomie, un drain dans les deux derniers cas.

10° Invagination intestinale chez un enfant de 5 mois. Laparotomie, désinvagination.

11° Obstruction intestinale par cancer de l'anse sigmoïde. 1. Anus iliaque. L'intestin est gangréné. Mort trois jours après l'intervention.

12° Tuberculose péritonéale, 1. Laparotomie.

13° Tuberculose péritonéale compliquée d'obstruction intestinale. Laparotomie; rupture des adhérences, anus contre nature. Mort 24 heures après l'intervention.

- 14° Absès du foie, 1. Ouverture, drainage.
- 15° Lithiase vésiculaire et appendicite, 1. Cholécystectomie, 70 calculs, et appendicectomie.
- 16° Lithiase vésiculaire, 1. Cholécystectomie, 30 calculs.
- 17° Cancer d'estomac avec sténose pylorique, 1. Gastro-entérostomie antérieure.

Chirurgie des organes génitaux de la femme.

- 1° Rétention placentaire, 2. Curettage.
- 2° Métrite, 3. Curettage.
- 3° Polype utérin, 1. Ablation par torsion. Curettage.
- 4° Sténose du col et métrite, 1. Dilatation et curettage.
- 5° Métrite hémorragique, 1. Curettage.
- 6° Prolapsus, hypertrophie du col. Curettage, amputation du col. Colporrhagie antérieure et colpopérinéorrhaphie.
- 7° Cancer du col utérin, 1. Hystérectomie totale par la voie abdominale, 1 drain vaginal.
- 8° Métrite et annexites, 1. Curettage et ovariectomie double.
- 9° Ovaires scléro-kystiques, 1. Ovariectomie gauche, résection de l'ovaire droit.
- 10° Ovaires kystiques et rétroversion. Ovariectomie et suspension.
- 11° Saïpingite double suppurée, 1. Hystérectomie totale, drain vaginal.
- 12° Absès du ligament large, 1. Hystérectomie totale, drain vaginal.
- 13° Fibrômes utérins, 1. Hystérectomie sub-totale. Mort neuf jours après l'intervention d'une congestion pulmonaire aiguë.
- 14° Grossesse extra-utérine (enfant à terme), datant de deux ans, compliquant une grossesse utérine à terme et formant obstacle à l'accouchement. Opération césarienne (enfant vivant) de Porro, ablation de la grossesse ectopique.

Chirurgie des organes génitaux urinaires

- 1° Phimosi, 1. Circoncision.
- 2° Phimosi et végétations balano-preputiales, 1. Circoncision et cautérisation des végétations à l'acide chromique.
- 3° Rupture traumatique de l'urèthre, 1. Taille périnéale, sonde à demeure.
- 4° Hydrocèle gauche, 1. Retourneement de la vaginale.
- 5° Tuberculose rénale, 1. Cystoscopie.

6° Tuberculose du rein gauche, 1. Néphrectomie abdominale.

7° Hypertrophie de la prostate et calculs vésicaux. Taille sus-pubienne, prostatectomie, procédé de Freyer.

Chirurgie de l'anus et du rectum

1° Fistule coccygienne, 1. Débridement.

2° Hémorroïdes, 1. Dilatation anale, volatilisation des hémorroïdes au thermocautère.

Chirurgie du membre supérieur.

1° Plaie par arme à feu de la main droite, 1. Ouverture, extraction des corps étrangers, séquestres, désinfection.

2° Phlegmon du pouce, 1. Ouverture.

3° Plaie de la face palmaire et dorsale de la main, 1. Greffes de Thiersch.

4° Phlegmon diffus de l'avant-bras et du bras, 2. Ouvertures multiples au thermo-cautère et injections intra-veineuses de collargol.

5° Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, 1. Bandage plâtré.

6° Tuberculose du coude, 1. Amputation du bras au $\frac{1}{3}$ moyen.

7° Tuberculose du coude, 1. Résection du coude.

8° Tuberculose de l'épaule, 1. Résection de la tête humérale.

Chirurgie du membre inférieur.

1° Pied bot, 1. Bandage plâtré.

2° Ostéomyélite jambe droite, 1. Trépanation du tibia, drainage.

3° Fracture de la rotule, 1. Encerclage métallique.

4° Tuberculose du genou avec corps étranger, 1. Arthrothomie, ablation d'une franche synoviale, injection d'éther iodoformé. Bandage plâtré 10 jours après.

5° Absès ossifluent de l'aîne, 1. Ponction et injection d'éther iodoformé.

6° Fracture du bassin compliquée de rupture de l'urèthre.

7° Kyste sébacé de la fesse, 1. Ablation.

DR. ACHILLE PAQUET,

Médecin interne de l'Hôtel-Dieu, Québec.