

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

DU FŒTUS MORT ET RETENU DANS LA CAVITÉ UTÉRINE

ET

DE LA MÔLE HYDATIFORME.

Par Elphège A. René de COPRET, M. D., médecin de la Maternité
Professeur adjoint d'Obstétrique.

Messieurs,

Le cas de môle hydatiforme rapporté par mon ami, M. le Dr Larin, me donne l'occasion de vous entretenir quelques instants d'abord du fœtus mort et retenu dans la cavité utérine et en second lieu de la môle hydatiforme.

Comme le faisait remarquer mon distingué confrère, on est trop souvent porté à faire un diagnostic de môle pour tout ce qui est expulsé de l'utérus. Une femme a-t-elle un avortement à un mois, à deux mois, à trois mois de grossesse, de suite on lui dit pour la consoler de la mort de l'embryon : "Ne vous chagrinez pas, Madame, vous n'étiez pas enceinte, c'est une môle que vous aviez." La femme le croit et le médecin, lui-même, est sous cette impression, surtout quand il ne trouve pas l'embryon, et ceci arrive souvent. Maintes fois, à vous comme à moi, il est arrivé de voir l'avortement se terminer en un temps. Quand on ouvre cet œuf on n'y trouve aucun germe. S'agit-il alors d'une môle ? Pas du tout. Quand l'embryon est trop jeune, il est si friable, si facile à écraser sous le doigt que sans le vouloir on l'écrase même en le recherchant.

Quand, pour une cause ou pour une autre, le fœtus a succombé pendant la grossesse, il n'est pas en général expulsé immédiatement après sa mort. Il peut séjourner dans l'utérus de quinze jours à trois mois et même plus longtemps.

Un jour j'étais appelé auprès d'une femme en train de faire un

avortement. Cette femme avait pour ses enfants un amour maternel si tendre, si passionné qu'elle aurait donné sa vie pour ravir à la mort son fils aîné disparu depuis quelque temps. A la mort de ce fils elle était enceinte de six semaines. Son chagrin fut si cruel, sa douleur si grande qu'ils tuèrent le fœtus qu'elle portait en son sein. Cependant elle n'avorta pas de suite et même elle croyait continuer sa grossesse quand six semaines plus tard elle avait des douleurs utérines et expulsait un œuf entier du volume d'un œuf de six semaines environ. A l'ouverture de cet œuf je ne trouvai aucun germe.

Étais-je en droit de porter le diagnostic de môle ? pas du tout. C'était simple, le fœtus s'était dissous.

Il y a quelque temps, je rencontre un médecin qui était encore tout émerveillé d'un beau cas qu'il venait d'observer. Deux ou trois jours après un accouchement naturel, son accouchée expulsa de son utérus un gros morceau charnu. C'était, disait-il, un curieux cas de môle après un accouchement normal. Il était dans l'erreur. Si, au moment de la délivrance, ce médecin avait examiné soigneusement le placenta, il se serait aperçu qu'il y manquait quelques cotylédons. Son étonnement aurait été moins grand à la vue de ce morceau charnu qui, comprimé de toutes parts par l'utérus rétracté et contracté, a pris une forme arrondie, assez semblable à une masse de chair.

Combien de fois dans les avortements se faisant en deux temps, le premier temps, c'est-à-dire la rupture de l'œuf et l'expulsion de l'embryon, passant inaperçu pour le médecin et même pour la patiente, ne dit-on pas que l'on a affaire à une môle quand on voit, sans l'examiner attentivement, le placenta plus ou moins organisé ou désorganisé. L'erreur de la femme devient souvent une vérité pour le médecin qui confirme sérieusement le dire de sa patiente. Voilà pourquoi tant de femmes se vantent d'avoir accouché d'une môle.

Je ne vous cacherai pas qu'il m'est arrivé parfois de laisser mes patientes sous l'impression qu'elles avaient eu une môle et même je me rappelle un cas d'avortement où j'ai assuré la chose à la malade et à son mari ; mais n'allez pas croire qu'en mon intérieur je pensais ce que je disais. Le médecin n'a pas que les plaies et les infirmités du corps à guérir : la chair qui se meurt, qui sent et souffre n'est pas son seul objectif. N'y a-t-il pas l'âme, le moral qui souvent souffrent plus et se tourmentent plus ? A eux, il faut penser ; à eux, il faut offrir ses consolations et ses remèdes. C'était dans une famille

chrétienne que j'exerçais ma profession, une de ces familles qui n'ont en vue que la loi de Dieu, une de ces familles qui passent sur la terre que pour se préparer un avenir céleste, une de ces familles scrupuleuses qui ne discutent pas sur les choses sacrées du mariage, une de ces familles qui se croiraient à tout jamais damnées si la mère accouchait avant terme d'un enfant mort. Pour elles le seul mot d'avortement ou de fausse couche est terrible. Le souvenir d'un avortement serait un cauchemar empoisonnant leur vie entière. Croyez-vous qu'à ces âmes timorees il faut dire la vérité, toute la vérité? Non; il faut être prudent; il faut être vraiment médecin et penser au-delà du présent. Voilà pourquoi à cette femme qui avortait, je disais qu'elle accouchait d'une môle.

Le fœtus mort et retenu dans l'utérus peut subir différentes modifications suivant l'âge de la grossesse et suivant le temps de son séjour dans la cavité utérine. Ces modifications sont les suivantes :

- 1° Dissolution du fœtus ;
- 2° Momification (atrophie, dessiccation) ;
- 3° Macération ;
- 4° Putréfaction ;
- 5° Saponification ;
- 6° Lithopédisation ;
- 7° Certaines altérations singulières et douteuses.

Je reprends chaque énumération que j'explique sans trop de détails pour n'être pas trop long.

1° *Dissolution du fœtus.*

Chez cette femme, faisant un avortement six semaines après la mort de son enfant et dont je vous ai rapporté plus haut l'observation, que s'est-il donc passé, puisqu'à l'ouverture de l'œuf, je ne trouvais plus d'embryon? C'est que cet embryon s'était dissous, à peu près, pour me servir de l'expression de Ribemont Dessaignes, comme le cristallin se fond dans l'humeur aqueuse, après l'opération de la cataracte par abaissement.

En effet, quand l'embryon meurt dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, il peut se dissoudre s'il reste suffisamment longtemps dans la cavité utérine. Voici comment Lempereur explique cette dissolution. "Si l'on se rappelle bien, dit-il, le développement de l'œuf humain, pendant les deux premiers mois qui suivent la conception, son volume, sa consistance, sa constitution histologique, la composition du liquide ambiant, l'observation du phénomène qui

se produit dans cet organisme à l'état rudimentaire n'étonnera aucunement, et semblera même prévue. Les éléments qui le forment sont incapables de résister aux causes de destruction qui les atteignent; leur cohésion est faible encore, aussi la désagrégation est rapide. Une fois séparés et isolés sous l'action des mêmes causes, ils se dissolvent, fondent et disparaissent, mais non sans laisser des traces visibles, au moins à une certaine époque."

Cette dissolution est d'autant plus facile que l'embryon est plus jeune. Elle est plus rapide dans les premières semaines, plus lente dans le deuxième mois. On ne remarque pas d'altération ni du côté de l'œuf, ni du côté du liquide amniotique quand l'œuf est expulsé, immédiatement après sa mort. L'œuf à son aspect normal et le liquide amniotique, qui n'a subi encore aucune transformation, est clair et limpide. Mais si l'œuf mort a séjourné quelque temps dans l'utérus avant d'être expulsé, l'embryon, si la dissolution ne s'est pas encore opérée, naît plus ou moins ratatiné.

Quand l'œuf a enduré un plus long séjour dans la cavité utérine, l'embryon s'est dissous, a disparu et le liquide amniotique, devenu plus épais, ressemble à une liqueur louche ou troublée, ou laiteuse, identique à une émulsion que les anciens accoucheurs ont comparé aux vins blancs atteints de la maladie de la graisse et qu'on appelle *vins filants, huileux, tournés aux gras*. Ce liquide amniotique traité par l'éther offre les réactions d'une émulsion de graisse.

Ce sont ces œufs vus de leur embryon qu'on désigne sous le nom d'*œufs clairs, œufs vides* ou *faux germes*.

Cette altération est surtout possible dans les deux premiers mois de la grossesse.

Charpentier prétend que "si ces œufs séjournent dans l'utérus au-delà de certaines limites et dans certaines conditions, outre la dissolution de l'embryon, on peut constater le développement ultérieur du placenta, qui continue à végéter et peut alors, suivant les cas et suivant les altérations qu'il subit, constituer les différentes espèces de *môles, môles charnues, môles hydatiformes*."

Est-ce le cas dans l'observation de notre confrère, M. le Dr Larin? Le placenta dans cette pièce, intéressante au plus haut degré, ressemble à un placenta de 3½ mois à 4 mois. Il est parfaitement bien constitué; il forme un gâteau compacte et bien distinct. Dans cet œuf le liquide amniotique a dû être assez considérable parce que l'enveloppe qui l'a contenu, bien qu'elle soit ratatinée, est encore assez grande et le fœtus a dû y être assez au large pour y flotter à l'aise. Le fœtus n'a pas un volume considérable, il est vrai. A trois mois

sa longueur normale devrait être de 9 centimètres, et tout au plus s'il y en a cinq dans ce cas ; mais il ne faut pas oublier qu'il a subi, après sa mort, un séjour de 3 à 3½ mois dans la cavité utérine. Observez-le, il est ratatiné, et, malgré tout, il est encore plus long qu'un embryon de deux mois. Un séjour plus prolongé dans l'utérus lui aurait-il fait subir cette modification qu'on appelle la dissolution ? Je ne le crois pas, parce qu'il est trop âgé. Tout au plus ce séjour aurait-il complété cette transformation qu'il subit actuellement et qui, pour moi, n'est qu'une momification.

Y a-t-il réellement môle hydatiforme dans cette observation ? Certainement non. Je n'y vois aucune trace de vésicule, ni sur la face externe, ni sur la face fœtale du placenta. Sur cette dernière on observe bien un grand nombre de petites bosselures, résultat évident de la compression qu'a endurée le placenta, corps étranger dans la cavité utérine. La surface fœtale du placenta est ratatinée et rien de plus. (1)

Cet œuf mort aurait-il pu, grâce à un très long séjour dans l'utérus, se transformer en une môle hydatiforme ? C'est possible ; mais je ne puis l'affirmer. Je n'y vois aucun empêchement, comme je n'y vois aucune raison ; car n'observe-t-on pas dans certains accouchements à terme avec des enfants vivants, des placentas à demi envahis par les vésicules de la môle hydatiforme. Dans un instant je vous expliquerai la pathogénique de ces curieux cas.

Je crois donc que dans l'observation de notre confrère, il s'agit de l'avortement d'un fœtus d'au moins trois mois, fœtus ayant séjourné après sa mort au moins trois mois dans la cavité utérine, fœtus ayant des tissus trop résistants pour se dissoudre, fœtus ayant subi cette seconde modification que l'on désigne sous les différents noms de *momification*, d'*atrophie*, de *flétrissement*, d'*emaciation*, de *racourcissement*, de *dessication*.

" A la deuxième période de la vie intra-utérine," nous dit Sentex, " correspond une altération particulière, à la forme entièrement distincte de celles qui la précèdent ou qui la suivent. L'embryon, doué d'une force de résistance plus grande, pourvu d'une charpente osseuse, frêle et incomplète encore, il est vrai, mais solide néanmoins, composé d'éléments organiques nouveaux, qui ont déjà une texture déterminée, l'embryon ne se liquéfie plus ; il conserve sa forme première, sinon son volume, qui souffre une réduction proportionnelle de toutes ses parties. C'est la *momification*, flétrissement, emaciation,

(1) M. le Dr Marien me fait observer qu'il a remarqué quelques vésicules.

raccourcissement, dessèchement des auteurs. L'embryon, en effet, plongé dans le liquide amniotique, comme un fruit dans une liqueur, y éprouve quelques-uns des changements qu'on observe dans ce dernier cas. Les tissus encore mous se concentrent, se resserrent, se condensent sous l'influence de cette macération prolongée dans une humeur saline; par là même, ils diminuent de volume, se réduisent à une couche plus mince, se racornissent en un mot. La couleur change aussi très rapidement; elle devient terreuse, grise, jaunâtre, terne, et comme cachectique, tranchant par là, de la façon la plus nette, avec la coloration normale d'un rose vif et si foncé.... Le liquide amniotique, dans les premiers degrés de l'altération, existe encore, mais il finit par disparaître, laissant sur l'embryon un sédiment terreux, grisâtre, analogue au dépôt des eaux débordées. Tant que le milieu liquide existe, le dessèchement définitif peut être retardé."

Quand il y a grossesse gémellaire et qu'un des fœtus meurt et subit cette altération, la compression que l'autre fœtus exerce sur lui l'aplatit comme une *galette* et lui donne l'apparence d'un petit bonhomme de *pain d'épice*: c'est le *fœtus compressus* des Allemands.

La troisième modification qui peut altérer le fœtus est la *macération*.

Messieurs, vous n'êtes pas sans l'avoir observée très souvent. C'est la plus fréquente et la plus variée dans ses formes. Elle se produit du cinquième mois à la fin de la grossesse. Sous l'influence de l'eau et de la chaleur seulement, la décomposition est lente, elle évolue sans production de gaz, d'odeur, de teinte verte cadavérique; elle ne retentit en aucune façon sur l'organisme maternel, comme le fait la putréfaction. Le fœtus macéré n'a pas d'odeur nauséabonde, mais une odeur fade, désagréable, écœurante.

Lempereur, en 1867, Sentex en 1868, Ruge en 1877, ont très bien étudié et décrit les divers degrés de macération par lesquels passe le fœtus.

Suivons rapidement les diverses transformations les plus apparentes. Dans les deux premiers jours, peu d'altération, c'est la flaccidité et la décoloration des tissus qui dominent. La coloration rosée de la peau est plus foncée à la face. L'épiderme est partout adhérent. On ne remarque pas d'épanchement de sérosité sanguinolente sous le cuir chevelu. Le périoste des os du crâne est très adhérent. Le cerveau mou a conservé sa forme. Les yeux sont ternes et humides.

Du quatrième au cinquième jour, le cadavre est un peu plus affaissé sur lui-même; la coloration de la peau, brunâtre sur la face et le front, a sur tout le reste du corps la coloration qu'elle avait, au

second jour, sur la tête. Le cuir chevelu est séparé des os par une certaine quantité de sérosité sanguinolente, liquide.

Au huitième jour, la flaccidité de la tête est assez forte pour que la tête s'aplatisse sur elle-même. Les côtes se dessinent sous la peau, le thorax est aplati ; l'abdomen affaissé forme au niveau des flancs deux saillies arrondies, ventre de grenouille. La coloration de la peau est rosée au pourtour de l'ombilic, ardoisée sur les flancs et la base de la poitrine. L'épiderme est soulevé en quelques points par la sérosité sanguinolente. Il s'enlève facilement excepté sur la face et le crâne. Les os du crâne jovent les uns sur les autres. Les différentes cavités, pleurale, péricardique, péritonéale et crânienne renferment des épanchements assez considérables.

Au douzième jour, la flaccidité du petit cadavre est extrêmement prononcée. L'épiderme s'enlève facilement même à la face, mais pas encore sur le crâne. - La sérosité sanguinolente qui a augmenté dans les différentes cavités séreuses commence à infiltrer le tissu cellulaire des parois thoraciques.

Pendant cette période, le contenu des phlyctènes qui crèvent, se mêlent au liquide amniotique dont il altère l'apparence : de là l'écoulement, pendant le travail d'eaux rougeâtres, troubles, caractéristiques de la mort du fœtus.

J'ai laissé de côté intentionnellement les différentes altérations qu'on trouve dans les viscères. Il serait très long de les énumérer. De même j'oublie de vous parler des observations faites sous le champ du microscope.

Au quinzième jour, l'épiderme est enlevé sur presque toute la surface du corps, et il tombe au moindre frottement, sur les divers points du corps où il existe encore, excepté cependant sur le cuir chevelu. La coloration du derme est plus foncée. La flaccidité est externe. Le cuir chevelu s'enlève facilement. La sérosité sanguinolente infiltre le tissu cellulaire de la poitrine, de l'abdomen et de la nuque.

Enfin du quarantième au soixantième jour, toutes les altérations extérieures qui se sont développées progressivement dans le stade précédent sont arrivées à leur période d'état, elles sont simultanées : dénudation épidermique, qui porte sur tous les organes, le cuir chevelu même s'excoriant ; ramollissement excessif, aspect rougeâtre, marbré, violacé, en plaques, du derme ; couches gélatiniformes, produites par la sérosité infiltrée dans les divers points du corps ; liquide trouble et fortement coloré dans les cavités, flaccidité, molesse, flétrissement, et retrait des viscères, qui s'affaissent déjà contre la colonne

vertébrale ; diffusion extrême du cerveau, qui touche presque à la liquidité des huiles grasses.

Du côté des annexes on remarque les mêmes transformations. Le cordon est infiltré, flasque, augmenté de volume. Sa coloration devient peu à peu rosée, rougeâtre et se rapproche de la coloration du fœtus.

Le placenta peut présenter les lésions du placenta syphilitique ou albuminurique. Il peut conserver son aspect normal, ou devenir plus volumineux. Quelquefois il est œdématié. Il sera d'un blanc rosé ou prendra une couleur uniforme ressemblant à celle du fœtus. On le trouve aussi friable, flétri, ratatiné. Les villosités chorionales ont subi pour la plupart la dégénérescence granulo-graisseuse.

Rien de bien particulier du côté des membranes. L'amnios peut prendre une teinte verdâtre sous l'influence du méconium. Généralement les membranes sont grisâtres. Au moment de l'accouchement les membranes se rompent souvent tardivement, on est même obligé de les rompre, "Elles semblent, dit Charpentier, avoir acquis une extensibilité plus considérable."

Le liquide amniotique, d'abord teint en jaune ou en vert par le méconium, prend une coloration rougeâtre ou brunâtre mélangé qu'il est avec la matière colorante du sang qui s'échappe des phlyctènes. Il peut prendre une teinte noirâtre et ressembler à du marc de café, et devenir plus épais.

4° *Putréfaction.*

La putréfaction n'est possible chez le fœtus mort et retenu dans la cavité utérine que si l'air a accès jusqu'à lui, c'est-à-dire si les membranes sont rompues. Dans ces cas le fœtus entre rapidement en décomposition, et celle-ci est d'autant plus rapide que le fœtus a succombé depuis plus longtemps. La décomposition est prompte parce que le fœtus se trouve dans les conditions essentielles à la fermentation, l'air, la chaleur, l'humidité. Des gaz fétides se produisent, distendent la matrice et l'abdomen. Les gaz produisent un ramollissement et une infiltration de tout le tissu cellulaire superficiel et profond, d'où un emphysème plus ou moins généralisé, avec crépitation marquée au palper. Le fœtus, sous l'influence de ces gaz, peut prendre un volume considérable, doublé ou triplé. Smellie a observé un fœtus gonflé et distendu surnageant à la surface du liquide amniotique comme une outre gonflée flottant sur les eaux.

Ces gaz accumulés peuvent sortir de la matrice avec un bruit

comparable à celui d'une détonation d'arme à feu. Charpentier a observé un cas semblable

Les tissus du fœtus altérés prennent une coloration livide, marbrée, puis verdâtre. On n'y observe pas les phlyctènes dues à la macération.

L'odeur qui s'exhale de ce cadavre est horrible. Même, comme dans un cas que je vais vous rapporter, l'haleine de la mère est insupportable ; elle expire un air fétide, de cadavre en putréfaction.

On comprend que si l'on n'intervient pas rapidement dans ces cas par l'évacuation de l'utérus, la mère court les plus grands dangers : la septicémie se montre avec tout son cortège de funestes symptômes. La malade succombe promptement avec des phénomènes d'empoisonnement putride, fièvre ardente, température excessive, prostration, délire, etc.

Laissez-moi vous rapporter deux cas très intéressants dont l'un a fini par une mort très rapide, et dont l'autre a guéri après avoir présenté la plus forte température que j'aie encore observée.

Un jour, on nous amenait à la Maternité, une fille enceinte d'à peu près huit mois. Elle était en travail depuis une dizaine d'heures. Les eaux étaient rompues depuis deux ou trois jours. Les mouvements de l'enfant, elle ne les percevait plus depuis une huitaine de jours.

A mon entrée dans la salle d'accouchement où cette fille était, je fus frappé par l'odeur nauséabonde qu'on y respirait. L'aspect de la malade était pitoyable. Elle avait les lèvres sèches et noirâtres, les dents couvertes de fuliginosités, les yeux rouges et brillants d'un feu morbide, les joues amaigries, le teint livide, l'haleine chaude, brûlante, exhalant une odeur repoussante de pourriture. Son pouls était rapide ; sa température très élevée.

Au toucher, on sentait le col de l'utérus effacé, à demi dilaté, la poche des eaux rompues. Le doigt percevait cette sensation particulière de la tête d'un fœtus mort depuis plusieurs jours. Je fis l'accouchement le plus promptement possible. Quand le liquide amniotique s'écoula, il est impossible d'exprimer l'angoisse que j'éprouvai. Jamais je n'oublierai cette odeur ; il n'y a pas de mot pour vous la faire comprendre. La salle en fut empestée pendant deux ou trois jours ; mes habits s'en imprégnèrent pour longtemps, et mes mains donc ! !

Malgré les injections intra-utérines, au bichlorure, malgré la quinine à très hautes doses, la malade expira le lendemain.

L'autre malade, qui échappa heureusement à la mort, était une fille de mauvaise vie auprès de laquelle j'étais appelé par un étudiant

en médecine qui avait entrepris de la traiter pendant son accouchement prématuré et provoqué tout probablement.

A ma première visite je remarquai une température de 105° F. le pouls était très rapide, 120 pulsations. Le travail était commencé; le col entre-ouvert, encore épais; les membranes rompues. Les douleurs étaient très fortes, il y avait un écoulement nauséabond. Le fœtus était mort. Je prescrivis les injections vaginales chaudes: bichlorure, souvent répétées, et la quinine à haute dose. Le lendemain matin, la température, abaissée ne marquait plus que 101° F. et le pouls était plus ralenti. Le même traitement fut continué pendant deux jours. Les douleurs furent très violentes, mais le travail n'avancait pas beaucoup. La malade s'épuisait peu à peu. Le troisième jour, l'étudiant, qui continuait à suivre le cas, me prévint que la température était montée à 107° F. et que pouls atteignait 160 pulsations à la minute. Douleurs atroces, ventre ballonné, diarrhée fétide, faciès inquiet, odeur insupportable, tels étaient les symptômes remarquables.

Je fis immédiatement l'accouchement en dilatant, sous chloroforme, le col encore épais et en pratiquant une version. Le cadavre de l'enfant exhala une odeur de putréfaction qui emplit rapidement l'appartement. Les injections intra-utérines antiseptiques, la quinine, l'alcool réussirent à sauver la malade pendant les suites de couches qui ne furent cependant pas normales. Les premiers jours la température se maintint à 101° F et le pouls à 120.

Le quatrième jour la température marquait 105° F. Les injections intra-utérines et la quinine à plus haute dose maîtrisèrent ces symptômes alarmants et tout rentra dans l'ordre.

5° Saponification et 6° lithopédisation.

La saponification, qui est la transformation du fœtus en gras de cadavre, ne se rencontre guère que dans les grossesses extra-utérines; il en est de même de la lithopédisation. Dans ce dernier cas le liquide amniotique s'est résorbé. Toutes les parties molles du fœtus se sont ratatinées, desséchées, incrustées et imprégnées de carbonate de chaux et de magnésie, de cholestérine, de pigment jaune, etc. Elles se sont constituées ainsi en une masse dure et ont formé une sorte de pierre qu'on appelle lithopædion (lithos, pierre; paidion, enfant). Ce fœtus pétrifié peut séjourner indéfiniment dans l'abdomen.

Enfin 7° certaines altérations singulières et douteuses.

Il s'agit ici de la rigidité cadavérique observée sur des fœtus

morts *in utero*, et mise en doute par certains médecins. Ceux-ci prétendent que cet état n'est que le résultat de convulsions existant au moment de la mort. Pinard leur répond que généralement les membres atteints de convulsions sont dans l'extension, tandis que les fœtus qui présentent cette rigidité sont pelotonnés sur eux-mêmes, dans le sens de la flexion.

Pour Daguicourt, Bailly et d'autres observateurs, cette raideur musculaire est due à la coagulation de la myosine, sous l'influence de l'acidité du muscle, qui devient acide après la mort comme à la suite d'efforts violents, quand la circulation s'arrête. Or le muscle fœtal ne diffère pas du muscle de l'adulte, et les conditions de température, et de milieu liquide dans lequel le fœtus est plongé ne sont pas capables d'empêcher chez lui la production de la rigidité cadavérique.

Messieurs, j'en ai fini de cette question du fœtus mort et retenu dans la cavité utérine. J'ai été long, je le sais, mais vous n'avez qu'à vous en prendre au président de la dernière séance ou plutôt à vous-mêmes, parce que vous avez établi une règle qui exige que les discussions sur tout sujet présenté soient faites à la séance suivante. J'ai demandé la parole à la présentation de l'observation de M. le Dr Larin, mais on me l'a refusée. Alors j'aurais dit peu de mots, et aujourd'hui c'est un déluge de paroles. Pour être complet, mon travail devrait vous faire connaître les causes de la mort du fœtus ; il devrait aussi en indiquer les symptômes et vous en montrer le pronostic. Il devrait vous en laisser voir l'accouchement, la délivrance, et les suites de couches, en un mot vous tracer la ligne de conduite à tenir pendant la grossesse, pendant le travail et après ce dernier. Ce serait, peut-être pratique, mais long et ennuyeux pour vous. Je préfère me réserver, avec votre bienveillance, quelques minutes dans une autre séance et vous entretenir de la môle hydatiforme, de son étiologie et de son mode de formation.

362, Dorchester.

E. AUSSET.—*Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, faites à l'hôpital Saint-Sauveur (1896-97, 1897-98, 1898-99), par E. Ausset, professeur agrégé à Lille. A. Maloine, éditeur, 23-25, rue de l'École de Médecine, Paris. 3 volumes in-8, 15 francs.

UNIVERSITÉS ALLEMANDES. (1)

VIENNE.

Par le Dr Eugène ST-JACQUES, M. D.

L'Université de Vienne, ai-je besoin de le dire, est au tout premier rang des universités allemandes, et n'a de rivale que celle de Berlin. Sa couronne compte des années et même des siècles de lauriers, puisqu'elle naquit au 14e siècle, en 1365, sous Rodolphe IV. Mais elle a des aînées dans les Universités de Prague et Heidelberg, qui remontent plus loin encore.

Ce ne fut que sous Van Swieten, le grand progressiste et réformateur du règne de Marie-Thérèse, à la fois médecin et homme d'état, que l'université s'éveilla vraiment aux sciences. Le XIXe siècle lui vit acquérir une renommée universelle et de toutes parts les yeux suivirent le mouvement médical et surtout chirurgical dont Vienne était le centre. Billroth rayonnait ici, lorsque Virchow commença à faire connaître une pathologie nouvelle et vraie, et dérivait par là un peu de la gloire vers Berlin.

L'édifice universitaire est vraiment majestueux et certainement l'un des plus imposants d'Europe. Il a façade sur le Franzen Ring, le plus beau des boulevards de Vienne, encerclant la ville en place des anciennes fortifications. L'Université fait pendant au Parlement et borde un jardin flanqué aux autres côtés par l'Hôtel-de-Ville et le Burgtheater. On n'a pas craint l'espace et de faire grand et majestueux.

C'est un superbe bâtiment, dans le style de la Renaissance Italienne. Une immense cour forme centre, autour de laquelle courent les galeries et autres corps de bâtisses conduisant à la Bibliothèque, qui contient plus de 300,000 volumes. Il va sans dire que livres et revues dans toutes les langues à peu près et sur tous les sujets sont là, à la disposition des étudiants.

Trois cent cinquante et plus Professeurs et Docent ou assistants-professeurs sont chargés de l'enseignement, et près de 6,000 étudiants "de toutes armes" suivent les cours.

(1) Pour Bonn sur Rhin et Berlin, voir les numéros précédents.

L'Université contient les auditoriums ou salles de cours, à peu près uniquement employées pour les facultés de Droit, Philosophie, Arts et Histoire.... De médecine?—peu ou pas entend-on discourir sous ces voûtes. Car, c'est partout la même méthode : la théorie est en détail dans les traités ; pour la pathologie on croit, avec raison, qu'elle se doit enseigner à l'hôpital. Et voilà pourquoi à peine de cours théoriques, mais des travaux de laboratoire, des démonstrations et des cliniques. Partout, plus l'on va, plus le mouvement s'accroît.

A peu près toutes les cliniques sont données dans un seul hôpital, le "Général," le plus considérable du monde, puisqu'il loge plus de 3000 malades. La Charité de Berlin en abrite quelques 2000 et plus. Tout un système de cours carrées, flanquées de bâtiments à deux étages. Il ne faut pas chercher le moderne dans l'installation ici, ni la perfection au point de vue hygiénique et pratique : tout cela est trop vieux. On parle de projets de reconstruction : certes ce ne serait pas sans besoin.

Que de noms à mentionner en sciences médicales : c'est Neusser, Nothnagel et von Schrotter en médecine interne ; Albert, Lorenz et Gussenbauer, en chirurgie ; gynécologie et obstétrique sont enseignées par Schauta et Chrobak ; les enfants sont sous les soins de Widerhofer ; les nerveux confiés à Krafft-Ebing ; Kaposi est à la peau et Neumann aux affections vénériennes ; Fuchs voit aux mauvais yeux et Politzer aux oreilles....., pour ne citer que les tous premiers. Avec cela, une légion d'assistants, tous médecins et assistants depuis plusieurs années, au cours desquelles ils montent graduellement en grade. Ce long contact du maître fait qu'ils sont d'excellents miroirs de son enseignement et ses méthodes, les remplacent souvent à la clinique et il n'est pas rare de voir—ce qui s'explique facilement—un de ces "assistants-cliniques" ou "privat-docent" au poste depuis longtemps, être plus intéressant que son chef, vieilli d'années et de routine.

En Chirurgie.

Albert tient la palme ; comme successeur de Billroth il y était d'ailleurs tenu. L'on sait que le grand point d'Albert est le "diagnostic différentiel." J'aime le vieux maître autrichien au milieu de ses élèves. Sa belle tête blanche, sa longue barbe, son entretien qui n'a rien de doctoral, mais est plutôt une causerie, ses questions à certains moments à son auditoire pour un éclaircissement de diagnostic, tout cela a quelque chose de paternel, je dirais presque. Ce n'est

pas le sentencieux de l'enseignement allemand : comment oublierait-on un instant en Allemagne le "sentiment officiel," je ne dis pas la dignité, qui d'ailleurs ne manque certes pas ici. Vraiment le professeur Albert me rappelait notre maître Sir William Hingston.

Comme Bergmann,

Albert aime à présenter des cas, avec des symptômes prêtant à un diagnostic différentiel. Ainsi je le vis nous montrer une mammites aréolaire sous-cutanée, une ulcération mamelonnaire de Paget, et un néoplasme mammaire. Autrefois ce fut une hypertrophie ganglionnaire de la région cervicale latérale, et en regard un cas fort intéressant : une femme d'environ 40 ans présentant à la région parotidienne une petite tumeur, grosseur de noisette. Peau rouge, fluctuation. Diagnostic : abcès. Nature ? probablement actinomycosique. Car ces abcès de nature actinomycosique se montrent avec une grande prédilection à cette région. Aucun autre symptôme bien spécial pouvant mettre sur la trace. Pas d'occupation avec les animaux, pas de contact avec personne souffrant de telle affection. Les points de diagnostic différentiel avec l'épithélioma et les abcès tuberculeux de cette région furent établis.

Albert fit circuler des photographies de quatre cas d'actinomycose du cou, tous chez des adultes. Les noyaux peuvent atteindre le nombre de 20 à 30, l'une des photographies montre l'envahissement de la joue par les noyaux jusqu'au nez et à l'œil. La série est complétée par la photographie d'un autre cas où le processus, aussi au cou, était profond et avait donné lieu à un phlegmon, indolore et apyrétique, au début du moins. Après quatre à cinq semaines, il s'était montré un point de ramollissement, avec rougeur à la face et alors la douleur avait apparu. L'abcès vint pointer au cartilage cricoïde.

Dans le cas faisant le sujet de la clinique, il n'y avait qu'un moyen de préciser le diagnostic : l'examen microscopique du pus. On cocainisa, le bistouri ouvrit l'abcès ; on en prit du pus et les pathologistes furent chargés de rapporter.

Voilà comment partout le laboratoire vient apporter son aide à la clinique : c'est tantôt la pathologie ou la bactériologie, tantôt les Rayons X ou la photographie.

Il ne faut pas passer outre sans mentionner

Lorenz.

Qui dit Lorenz, évoque la luxation congénitale de la hanche. On sait ses travaux importants sur ce sujet. Avec Hoffa et Schede,

il a fait sur cette question les travaux les plus importants de l'école allemande ; Kirmisson, après Bouvier, faisant sa part pour l'école française, et Paci ayant fait à l'Université de Pise les premières recherches sérieuses en Italie. Mais c'est là une question fort complexe sur laquelle je me réserve de revenir en détails. Ayant vu traiter par ces différents orthopédistes cette terrible affection qui se rit presque toujours de nos efforts, il sera peut-être intéressant de comparer les méthodes et les résultats.

Lorenz n'est qu'à la polyclinique du professeur Albert, c'est-à-dire à la consultation externe. Il est malheureux qu'il ne soit pas fixé à un service des salles : il serait plus facile alors de suivre ses malades et voir les résultats de ses méthodes thérapeutiques. Je note en passant que les "coralgiques" au début ne sont pas du tout condamnés par lui au repos absolu du lit. Il les met dans un plâtre et les laisse aller sans béquille. J'indique sans juger, car je n'ai pas assez vu les résultats ultimes de telles ordonnances.

Schauta

je le disais est à la clinique de gynécologie, qu'il enseigne de paire avec l'obstétrique. Comme en Allemagne, ces deux branches des études médicales sont sous contrôle d'un même professeur. Rien de bien spécial à noter ici, sauf un cas de sarcôme utérin qui apparaissait à la vulve comme un monstrueux polype. La femme était fort anémiée par les hémorragies, il ne fut fait à la première séance qu'une ablation par morcellement de la tumeur : du moins le croit-on. Bonnes suites. Une quinzaine plus tard on voulut procéder à l'hystérectomie vaginale. Après libération et abaissement du col, Schauta ne tarda pas à y perdre pendant quelques minutes son latin et vraiment il y avait cause. Il eut beau isoler, employer valves, écarter, il ne pouvait trouver le fond de l'utérus. Son doigt introduit dans le col béant arrivait d'en haut à la cavité abdominale. Il soupa à droite, à gauche vers les ligaments larges,—un simple suintement sanguin,—et voilà que l'utérus ou ce qu'il en restait vint tout à coup avec les pinces. Pas d'hémorragie ! et pourtant pas d'hémostase préventive ! Après examen attentif de la pièce, il fut trouvé que lors de la première intervention, avec la tumeur était venue la culasse utérine où s'était développé le néoplasme qui l'avait abaissée en inversion. Comment ne s'en était-on pas aperçu à l'intervention première ; voilà ce que je ne m'explique guère. Toujours est-il que l'on avait alors fait ni pincement, ni ligature des ovariennes et si la malade n'était pas morte d'hémorragie foudroyante, c'est que les

vaisseaux avaient été oblitérés par l'élément néoplasique : ce qui corrobore bien cette donnée pathologique que le sarcome se généralise surtout par voie vasculaire.

Quant à Chrobak, il n'est plus du temps. Sa main énorme et tremblante devrait lui faire laisser le champ à un moins vieux et qui ferait œuvre plus pratique.

Aux Cliniques de Médecine Interne.

Chez Nothnagel, chez Neusser, avec quel soin on examine en détail le malade. J'ai entendu ici encore les premiers assistants donner des cliniques aussi intéressantes que celles des chefs mêmes. Le microscope vient dire son mot en tout cas où sa lentille peut être d'utilité.

Je ne saurais m'empêcher de remarquer que j'ai été frappé du peu d'attention donnée à la thérapeutique. On fait du diagnostic très précis et scientifique pour les étudiants ; mais on semble oublier un peu de donner les points de repère du traitement. Pour le médecin étranger, quels sont les avantages de Vienne ? C'est la multitude et la variété de cours privés donnés en petit comité par les chefs de cliniques ou premiers assistants. Ces cours sont donnés au lit du malade, aux consultations externes, aux laboratoires ou sur le cadavre suivant le cas.

Si l'on peut de la sorte cumuler certaines choses, on n'accumule pas l'argent ! Car tous ces cours spéciaux et privés sont bien entendus payés, et grassement.

Février qui nous avait servi un temps délicieux a fait le capricieux sur ses derniers jours, et mars nous est arrivé en grève avec le printemps. Mais le soleil saura bien le déridier.

Vienne, Mars, 1900.

DR CORNET.—*Pratique de la chirurgie courante*, par le Dr M. Cornet préface de M. le professeur Ollier. 1 fort vol. in-12, 6 fr. (Paris Félix Alcan, éditeur.)

Depuis vingt ans, la pratique chirurgicale a été renouvelée par l'introduction de l'antisepsie, qui a changé complètement les résultats de certaines opérations et étendu le champ de l'intervention du praticien, et l'asepsie, qui n'est autre que la propreté absolue, vient simplifier le traitement et dispenser de l'emploi des antiseptiques dans les plaies simples qui ne demandent qu'à se réunir. M. Cornet expose, dans un chapitre spécial, les moyens par lesquels on peut se passer des pansements coûteux, des appareils compliqués et embarrassants.

Dans son manuel, l'auteur passe en revue toutes les opérations de la chirurgie courante, et, entre autres, celles de la chirurgie d'urgence. Son livre est l'exposé des procédés qui lui ont paru les plus sûrs, les plus rationnels, les plus généralement admis ; c'est une œuvre exclusivement pratique, qui répond exactement à son titre, et atteint parfaitement son but, qui est de guider le praticien dans l'exercice de la chirurgie telle qu'on doit la comprendre et la pratiquer aujourd'hui.

ARTHRITE AIGUË BLENNORRHAGIQUE.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT.

Par le Dr T. PARIZEAU, Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,
Professeur agrégé à l'Université Laval.

(Suite).

On glisse assez volontiers sur l'anatomie pathologique de l'arthrite aiguë blennorrhagique, et la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question en ont un peu négligé ce côté. La chose s'explique, du reste, par la rareté des autopsies que l'affection, presque jamais suivie d'issue fatale, n'a pas permis de collectionner. Cependant on connaît depuis longtemps certains détails, que l'intervention sanglante a permis de contrôler, comme l'état de la synoviale et des surfaces articulaires.

Quelques particularités de nos observations nous ont paru propres à ajouter aux descriptions classiques, surtout quant à ce qui regarde la nature de l'ankylose, résultat trop fréquent des arthrites qui nous occupent.

Le liquide de l'épanchement a été l'objet d'analyses nombreuses et soignées. M. le professeur Laboulbène notamment, présentait à l'Académie de médecine, en 1872, une analyse comparative des liquides de trois épanchements, l'un fourni par un malade atteint de polyarthrite aiguë rhumatismale, le second puisé dans une articulation traumatisée et en proie à une phlegmasie consécutive, le troisième produit par une arthrite blennorrhagique du genou.

1° Dans le premier cas, il trouva un mélange de synovie et d'un liquide fibrineux, dû à l'inflammation rhumatismale et ne différant du liquide pleurétique que par la *mucine* en plus.

2° L'arthrite traumatique lui fournit un liquide louche, purulent, contenant de nombreux globules de pus et des amas de leucocytes agglomérés en dépôt granuleux, semblables à des grains de riz cuit.

3° Dans l'articulation envahie par l'arthrite blennorrhagique,

il recueillit un liquide jaune assez foncé, constitué par la sérosité visqueuse, alcaline, louche et purulente. Pas de trace de muqueuse. En outre, on y voyait de nombreux globules de pus.

En ce qui nous concerne, nous avons vu le liquide des arthrites traitées sous nos yeux présenter les caractères suivants : d'un jaune plus ou moins foncé, séreux et filant, dans la plupart des cas franchement purulent, il nous est apparu quelquefois teinté de sang, notamment chez le malade de l'observation VIII, la première ponction donna un liquide rougeâtre dans lequel l'examen histologique montra des globules rouges et des leucocytes en grand nombre. L'état bourgeonnant de la séreuse, la dilatation et la mince paroi des vaisseaux constatée par le microscope, peut rendre compte de ce cas particulier.

La quantité du liquide est variable avec les formes de l'affection. Là où domine le gonflement périarticulaire, l'épanchement est en général minime. Mais si la cavité articulaire elle-même est surtout envahie par le processus inflammatoire, cet épanchement peut atteindre un développement considérable. Chez un malade observé par nous, la ponction donna au moins 50 grammes de liquide et l'arthrotomie, le surlendemain, débarrassa l'article d'une quantité encore plus considérable.

En quel état trouve-t-on la séreuse qui peut fournir ce liquide? L'arthrotomie pratiquée depuis quelques années contre l'arthrite blennorrhagique a permis de saisir les lésions dans leurs différents stades. Au début, il existe une simple hyperhémie avec un léger épaissement. Plus tard et si la phlegmasie s'accroît, on trouve la synoviale fortement épaissie, rougeâtre, d'apparence charnue, granuleuse, quelquefois même tomenteuse. Elle présente parfois l'aspect de la muqueuse intestinale. Elle peut être recouverte d'un exsudat fibrineux plus ou moins adhérent, parfois si fortement attaché à la face profonde de la séreuse, qu'il faut gratter avec l'ongle pour l'en séparer. Au moment de l'incision, quelquefois seulement sous l'effet du lavage de l'articulation, on voit sortir une sorte de couenne jaune verdâtre, fibrineuse, très cohérente, gardant la forme du cul-de-sac sous-tricipital sur lequel elle est complètement moulée. On ne l'a pas toujours rencontrée, mais il serait impossible, quand elle existe, de la faire sortir par la ponction, si gros qu'on choisisse le trocart. Les coupes de la membrane séreuse transformée sont intéressantes, surtout au point de vue infection. En effet, c'est dans la synoviale qu'on a trouvé les germes pathogènes en plus grand nom-

bre et ce sont lesensemencements de parcelles de la séreuse qui ont donné les résultats les plus probants. Mais néanmoins, la synoviale, sous le microscope, offre quelques détails histologiques intéressants. " Du côté de la cavité articulaire, on trouve une couche de globules de pus, en partie emprisonnés dans un réseau fibrineux ; plus en dehors, seconde couche où l'on trouve de rares leucocytes encore intacts, mais des noyaux en grand nombre, provenant de la destruction des globules blancs : en allant toujours vers la peau, on voit une couche de granulations qui se continue progressivement avec le tissu conjonctif normal."

Des coupes de la synoviale malade permettent de constater les lésions suivantes : Le côté de la coupe représentant la face libre de la synoviale est constitué par trois ou quatre rangées de cellules aplaties à noyaux allongés. Cette première couche repose sur un tissu conjonctif en faisceaux d'une trame serrée avec de nombreuses fibres élastiques, le tout parsemé de quelques cellules conjonctives. En certains points nombreux et sur une étendue variable, on aperçoit des cellules rondes, embryonnaires, formant de véritables amas. Dans ces parages, on constate la présence de nombreux leucocytes situés dans les mailles du tissu conjonctif. Dans la profondeur de celui-ci on retrouve encore les mêmes cellules embryonnaires en nombre exagéré. Les vaisseaux sont partout nombreux et presque tous ont une paroi amincie et sont très dilatés. Leur lumière est encombrée par les globules rouges. Ceux-ci ont fait ça et là irruption dans des espaces lacunaires constituant de véritables lacs de sang extravasé. La généralisation de ces épanchements extra-vasculaires peut nous faire penser qu'il s'agit bien là d'un processus pathologique et non pas d'une faute de technique.

Quel est pendant ce temps l'état des surfaces articulaires. Le cartilage dépoli, blanc grisâtre, parfois tout à fait gris, n'est certainement pas à l'abri du processus inflammatoire. La description que nous donnons plus loin de pièces fournies par une résection du coude pour arthrite blennorrhagique ankylosante, permet de croire que les lésions profondes de la synoviale sont aussi le partage du cartilage. Mais tout ne finit pas en ce point.

Pour peu que l'arthrite soit grave et prolongée les extrémités osseuses prennent part à l'inflammation. Lasègue et son élève Diday avaient signalé le gonflement des épiphyses voisines de l'articulation envahie. Bouilly l'a aussi constaté plusieurs fois.

D'après ces auteurs, il se produirait à ce niveau une ostéite condensante dont l'évolution lente et la tardive disparition rendraient

compte de la déformation persistant même après la disparition des accidents inflammatoires.

Quelle peut être la suite de ce processus inflammatoire compliqué ? Nous verrons plus loin que la résolution s'établit dans un certain nombre de cas, et avec elle disparaît sans doute toute trace d'altération. En tous cas, ce qu'il en peut rester échappe à l'investigation. Mais nous savons aussi que l'ankylose guette un grand nombre d'arthrites blennorrhagiques. Que se passe-t-il alors et sous l'influence de quel processus pathologique s'établissent les raideurs, et la suppression partielle ou totale des mouvements. On invoque la rétraction de l'appareil ligamenteux, la formation de brides fibreuses qui s'établissent tout autour de l'article. Il s'est même trouvé un chirurgien anglais, Brodhurst, pour tenter de vaincre l'ankylose par la section sous-cutanée des brides. L'existence de ces brides est incontestable. Mais, il nous semble qu'on a trop oublié une façon d'être de l'ankylose blennorrhagique, celle qui s'établit grâce à une véritable soudure des extrémités osseuses, signalée du reste par Gosselin et dont nous avons pu nous rendre compte dans deux cas particuliers. Les deux malades dont les observations suivent furent opérées par M. P. Delbet, chirurgien des hôpitaux de Paris. L'ankylose complète du coude nécessita chez elle une résection, laquelle nous a fourni l'occasion de voir de près la nature des lésions. Voici du reste les deux observations suivies de la description des pièces enlevées.

Henriette M..., 18 ans, domestique, présente en avril 1895 une vaginite et une urétrite blennorrhagiques. Au mois de mai suivant, elle ressent quelques douleurs au coude droit qui devient gonflé et dont les mouvements se limitent peu à peu. La température locale est augmentée et les douleurs deviennent assez fortes pour qu'un médecin consulté ordonne du salicylate de soude. La malade entre à Laenec dans le service de M. le professeur Landouzy, le 10 juillet 1895. On la traite sans résultat par des pointes de feu, etc. On la fait passer en chirurgie dans le service de M. Nicaise où l'on constate l'état suivant : Peu de douleurs spontanées, à l'exception de certaines petites crises passagères, mais dès qu'on imprime quelques mouvements, il apparaît une douleur violente dans tout l'article. Le coude est ankylosé dans une mauvaise position, la malade ne pouvant porter la main ni à sa bouche, ni même au front. L'augmentation de volume est manifeste et la peau est rouge, enflammée. Élévation de température locale, considérable. Tout mouvement est impossible. L'ankylose produite par l'arthrite blennorrhagique se

maintient malgré des efforts persévérants de mobilisation et, finalement, les troubles inflammatoires s'étant calmés vers le mois de novembre, M. Delbet fit la résection du coude.

Les pièces enlevées présentaient l'aspect que voici : L'augmentation de volume des extrémités ne doit pas être ici bien considérable. L'ostéite condensante de Lasègue ne peut pas être constatée. Le tissu compact est aminci par places, et le tissu spongieux présente un aspect jaunâtre assez banal. Voilà pour la portion extra-capsulaire. Quant aux surfaces articulaires, elles ont subi des modifications prononcées. Le cartilage est intact sur une bonne partie de sa surface, notamment sur les trois quarts postérieurs de la trochlée et du condyle. Mais à la partie antérieure de celui-ci et sur l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, la substance osseuse en est totalement dépouillée. De plus, la lamelle de tissu compact est disparue, laissant à sa place une petite excavation ayant pour fond le tissu spongieux. Nous retrouverons cette parcelle d'os fixée à la cupule radiale au profit de laquelle s'est faite la rupture opératoire de l'ankylose. Du côté de la trochlée, même disparition du cartilage et nouvelle excavation qui laisse à nu le tissu spongieux. Mais cette fois la perte de substance s'est partagée entre l'humérus et le cubitus. En effet, le sommet de l'apophyse coronoïde est resté fixé à la trochlée. L'épicondyle et l'épitrochlée sont peu touchés. Cependant la coque osseuse est légèrement ramollie à la partie postéro-inférieure de l'épitrochlée.

Du côté des os de l'avant-bras on retrouve les lésions complémentaires en quelque sorte des précédentes. Des portions d'os détachées violemment de l'humérus sont restées fixées, qui à la capsule radiale, qui à l'encoche olécrânienne. Le cartilage de celle-ci est partiellement érodé. Le sommet de l'olécrâne et une partie de sa masse sont en pleine évolution d'ostéite raréfiante. En résumé, l'ankylose était due à la soudure des extrémités osseuses dont les points de contact avaient subi des modifications profondes. La prolongation des phénomènes inflammatoires trouve une explication toute rationnelle dans les tentatives de mobilisation, dont chacune était suivie d'un réveil inflammatoire.

Jeanne Ass..., 17 ans, domestique, sans antécédents héréditaires et ayant joui jusqu'à ce moment d'une santé excellente, contracta, il y a trois mois, une blennorrhagie qui fut suivie, quinze jours après, de l'apparition d'une douleur sourde au genou gauche. Le surlendemain cette douleur disparut, mais la malade constata en revanche qu'elle souffrait de plusieurs articulations. Après un répit de quel-

ques jours, le coude droit fut pris à son tour, mais cette fois sérieusement. La douleur devint bientôt intolérable. Le gonflement, très rapidement, envahit la plus grande partie du membre, surtout accentué au niveau du coude. Les mouvements deviennent impossibles à cause de la douleur extrême qu'ils provoquent.

La malade entre à Lariboisière dans un service de médecine. On lui fait le traitement habituel. L'immobilisation la soulage pendant un jour ou deux, mais la phase douloureuse reprend aussitôt. Le salicylate de soude ne produit aucun résultat. En chirurgie, où on la fait passer, on se contente de l'immobiliser dans une gouttière métallique. L'ankylose à ce moment était fortement établie. La révulsion sous forme de pointes de feu fit disparaître à peu près complètement les phénomènes inflammatoires. Mais les massages prolongés et les tentatives de mobilisation n'empêchèrent pas l'ankylose d'augmenter.

Bref, la malade sort de Lariboisière et, quatre jours après, entre dans le service de M. Delbet. L'avant-bras est fléchi sous un angle un peu obtus. Aucun mouvement d'extension ni de flexion ne persiste. La pronation et la supination sont également supprimées. Le coude est gonflé et présente un aspect cylindrique. La peau est d'une coloration normale et les phénomènes douloureux ont disparu. C'est à peine si en un point limité, au niveau de l'épitrôchlée, on éveille en pressant une légère sensibilité. La malade est donc en excellente condition pour subir la résection. On l'opère, le 4 juin, et voici dans quel état se présentaient les pièces enlevées.

Lourdes et très denses, les portions osseuses enlevées présentent, au niveau du trait de scie, un épaissement de la lame de tissu compact, la partie spongieuse étant de son côté très résistante. Le périoste est fortement épaissi, adhérent par sa face profonde à une couche osseuse de nouvelle formation, interposée entre la lame de tissu compact et cette face profonde.

On remarque cette disposition surtout à la face antérieure de l'épitrôchlée. Les surfaces articulaires offrent à étudier quelques détails intéressants.

Condyle.—Le cartilage est disparu dans une partie de la surface articulaire, très aminci dans ce qu'il en reste, amincissement et disparition qui dessinent exactement l'empreinte de la cupule du radius. Vers la partie moyenne s'était produite une soudure de deux os. Cette soudure s'est rompue au moment où l'on dû fléchir fortement l'avant-bras pour faire saillir les parties à scier, et une parcelle du radius est restée fixe au condyle huméral.

Sur la *trochlée*, les lésions sont encore plus prononcées et comme étendue et comme profondeur. Vers la partie antérieure de la poulie et sur son bord externe, soudure des deux os et rupture aux dépens du cubitus. Sur la portion interne de la trochlée, on remarque une large perte de substance de deux centimètres de longueur et un centimètre de largeur. La substance spongieuse à ce niveau est raréfiée, ses lacunes sont agrandies et leurs parois amincies et fragiles. Quant au cartilage, tout ce qu'il en reste est mince, érodé, tout prêt à disparaître pour faire place à l'envahissement de l'ankylose. Il présente, ça et là, une coloration violacée.

Les lésions du côté de l'avant-bras sont tout aussi prononcées. La *tête radiale* est nettement augmentée de volume. Mêmes lésions d'ostéite que celles constatées sur l'humérus. Le cartilage de la cupule radiale et du pourtour de celle-ci présente les mêmes lésions que plus haut. Il en reste à peine trace. Au centre de la cupule on remarque un morceau de condyle avec, à côté, une dépression correspondant à la parcelle d'os fixée à l'humérus.

L'*olécrâne* a souffert plus que tout le reste. Voyons d'abord la grande cavité sigmoïde. Ce qui reste de cartilage est aminci et érodé. Vers la portion externe et antérieure de l'encoche, on trouve la substance spongieuse mise à nu, le tissu compact étant resté fixé à la trochlée. Au contraire, sur la portion interne de la cavité, c'est un morceau de l'humérus que nous trouvons solidement attaché, si solidement, qu'il nous est impossible, sans le briser, de le détacher à l'aide d'une pince. On peut juger de l'effet produit sur de pareilles lésions par la mobilisation. Le sommet de l'apophyse coronoïde semble atteint d'ostéite. Quant à l'olécrâne, il est le siège de lésions de même nature que celles décrites plus haut. Périoste épaissi, avec interposition du tissu osseux de nouvelle formation entre sa face profonde et le tissu compact. Quelques parcelles de cette couche osseuse enlevées avec le périoste, donnent à l'olécrâne un aspect hérissé et rugueux.

Le point le plus intéressant de ces descriptions, c'est le prompt établissement de l'ankylose et la solidité de la soudure articulaire, soudure qui paraît due à la disparition du cartilage, probablement remplacé par les courts tractus fibreux dont parle Gosselin. Ceux-ci n'ont sans doute qu'une existence passagère et sont tôt ou tard envahis par l'ossification. M. Thiéry parle d'un cas où, pratiquant la résection du coude pour une ankylose d'origine blennorrhagique, il eut véritablement à sculpter avec la gouge et le maillet pour enlever une portion de l'article.

Quoi qu'il en soit, de nature fibreuse ou réellement osseuse, cette anklose est vraiment tenace et les moyens ordinaires doivent nécessairement échouer contre elle.

Symptômes.—Nous n'allons, bien entendu, envisager dans ce chapitre que les formes bien caractérisées d'arthrite aiguë blennorrhagique. La simple arthralgie et l'hydarthrose n'ont rien qui doive nous arrêter. Des différences bien tranchées au double point de vue de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique existent entre ces infections à peine liées par leur origine pathogénique et leur point de départ, et, si l'arthrite aiguë peut être parfois le second stade des deux premières formes, une fois bien établie, elle ne peut plus être confondue avec ses deux voisins.

Il ne faudra pas non plus la confondre avec le rhumatisme blennorrhagique dans sa forme aiguë, celle que M. Brun décrivait en ces termes : " Il se caractérise par le développement d'arthrites quelquefois uniques, le plus souvent multiples ; mais moins nombreuses et moins mobiles que celles qui se développent sous l'influence du rhumatisme articulaire aigu. Lorsqu'elle est unique, cette arthrite peut s'accompagner de symptômes assez violents pour simuler au début une véritable arthrite traumatique. Mais ces symptômes aigus ne tardent pas à s'amender et à prendre une allure plus modérée au bout de quelques jours " Plus loin il ajoute : " Si rien ne nous paraît plus rationnel que d'admettre et de décrire une forme hydarthrose et une forme rhumatismale, il ne nous semble pas moins indispensable de distraire de cette dernière forme les cas où la complication de la chaudepisse revêt toutes les allures de l'arthrite la plus aiguë."

Sous quel aspect donc et avec quel cortège de symptômes se présentent ces cas, voilà ce que nous allons essayer de décrire.

Période d'invasion.—Avant de prendre la grande allure qui la distingue, l'arthrite aiguë blennorrhagique passe par une période moins bruyante, en général assez courte, mais durant parfois quelques jours et même jusqu'à une semaine. L'un de nos malades n'est sorti de cette période qu'au bout de huit jours, à telles enseignes qu'on avait espéré pour lui la terminaison rapide d'un rhumatisme blennorrhagique simple et sans grand fracas. Au cours de cette première période les malades se plaignent seulement de souffrir dans quelques articulations. Ce sont des douleurs vagues, d'une mobilité étonnante, n'entraînant pour la plupart du temps aucune gêne fonctionnelle, spontanées et difficiles à provoquer, bref de véritables douleurs d'arthralgie. Et avec cela pas la moindre altération ni du côté de la peau, ni du côté des tissus sous-jacents, non plus que dans

particulation elle-même. Cela dure un jour ou deux, quelquefois plus. Telle est la période d'invasion. Il ne faudrait pas la croire indispensable et inévitable. On voit souvent en effet des malades entrer de plain-pied dans les manifestations violentes qui constituent la période d'état.

(A suivre.)

DRS SAULIEU et LEBIEF. — *Tableaux synoptiques d'Obstétrique*, par les Drs Saulieu et Lebief, anciens internes des hôpitaux, 1 vol. gr. in-8 de 206 pages, avec 314 photographies d'après nature, cartonné : 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Les *Tableaux synoptiques d'Obstétrique* sont calqués sur le même modèle que les précédents volumes de la *collection Villeroy*.

Dans ces tableaux, les auteurs ont eu pour but de résumer toutes les connaissances théoriques et pratiques qui constituent l'art des accouchements.

La forme adoptée est la seule qui permettait de présenter un résumé à la fois concis et complet des doctrines et des procédés des maîtres de l'Obstétrique moderne : les diverses théories, les lignes de conduite différentes préconisées par les Ecoles qui se partagent l'enseignement y ont trouvé place : on a cependant développé celles qui sont les plus généralement admises.

Mais ce qui fait la nouveauté et l'originalité de ces nouveaux tableaux, ce sont les figures qui, au nombre de 314, viennent illustrer chacun des 100 tableaux synoptiques : c'est surtout le procédé auquel on a eu recours, pour représenter la partie mécanique et opératoire de l'Obstétrique, les divers temps, les diverses manœuvres, les diverses interventions ; afin d'être sûrs de l'exactitude, on a eu recours à la photographie et ce sont les auteurs eux-mêmes qui ont exécuté tous les clichés, soit d'après le vivant, soit d'après le mannequin : c'est la première fois, qu'un livre d'obstétrique reçoit une semblable illustration ; la multiplicité, la succession de ces images, présentées elles-mêmes, comme le texte, en tableaux dont l'ensemble peut être embrassé d'un coup d'œil, en fait une véritable *cinématographie*.

La partie iconographique vient ainsi éclairer le texte : une bonne figure vaut souvent mieux pour exposer un fait ou une idée qu'une longue page de description ou d'explication.

Ce livre sera à la fois le *vade-mecum* de l'étudiant qui pourra l'emporter à l'hôpital et le relire à la veille de l'examen, et le *formulaire* du médecin accoucheur qui pourra le consulter à chaque intervention et qui y trouvera l'explication et l'image de tous les cas se présentant à lui dans la pratique journalière.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Soance du 13 Mars 1900.

Présidence de M. Sylvestre.

Présentation d'un malade.

ÉNUCLÉATION DE L'ŒIL.

M. FOUCHER présente une jeune fille chez qui il a pratiqué l'énucléation de l'œil pour une kératite parenchymateuse compliquée d'iritis et de ramollissement de la cornée. La lésion était irréparable et causait à la patiente des maux de tête violents. Afin d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant, M. Foucher a pratiqué l'opération de Mule, qui consiste à vider le globe oculaire et à y insérer une bille en verre qui fournit un support solide pour l'insertion d'un œil artificiel, et lui conserve tous les mouvements normaux du globe oculaire. Les suites de l'opération ont été bénignes et la guérison est complète après dix jours.

M. Foucher profite de ce cas pour signaler certains désavantages qu'offre l'énucléation de l'œil par les procédés de Critchett, de Wecker, etc. Le principal désavantage, c'est que l'énucléation faite par ces procédés laisse une cicatrice proéminente, un plissement de la sclérotique qui rend le moignon intolérant pour le port d'un œil artificiel.

M. BOULET signale un moyen d'éviter l'inconvénient de l'opération de Critchett, c'est de couper les bouts de l'incision dans la sclérotique de manière à avoir un lambeau rond ou elliptique non proéminent. L'insertion d'un rouleau de soie stérile ou d'une éponge cause souvent pendant quelques jours de l'irritation et peut produire un œdème qui envahit le côté opposé de la face.

Rapports de cas.

INFECTION GÉNÉRALISÉE D'ORIGINE ÉRYSIPÉLATEUSE.

M. de GRANDPRÉ rapporte l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une pustule de la lèvre supérieure, attribuée par lui à un *kissing bug*, eut une inflammation érysipélateuse de la lèvre et des joues avec fièvre considérable. Les applications chaudes, la quinine et l'antipyrine à l'intérieur, une injection de 20 c.c. de sérum de Marmoreck étant demeurées sans résultats, le médecin traitant pratiqua de larges incisions dans la lèvre tuméfiée. Le lendemain, il se déclara une lymphangite aiguë qui gagna le bras, et le malade mourut d'une pneumonie grave malgré de nouvelles injections de sérum de Marmoreck et de sérum artificiel.

FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE MOIS ET ONZE JOURS.

M. DUBÉ a soigné un jeune enfant du sexe masculin, âgé de quatre mois et onze jours, qui avait eu jusqu'alors une bonne santé, et qui s'était développé normalement comme l'indiquait la courbe de son poids. Cet enfant fut atteint au mois de janvier d'une diarrhée sans odeur infecte, accompagnée d'une fièvre qui alla en augmentant pour atteindre au bout d'une semaine 104° F. La fièvre était plus prononcée le soir. Dès les premières heures, des râles aux poumons firent songer à la pneumonie. Il n'y avait pas de signes intestinaux, mais le 11e jour on constata une hypertrophie de la rate. Le Dr Dubé soupçonna alors la fièvre typhoïde, et traita l'enfant par les bains tièdes. La fièvre évolua en trois septénaires et suivit la courbe caractéristique de la fièvre typhoïde. Ces jours derniers, le séro-diagnostic a confirmé la nature dothiérientérique de la fièvre. La mère s'est rappelé que l'enfant, avant de tomber malade, avait présenté de l'abattement.

Le Dr Dubé rapporte ce cas à cause de sa rareté. La fièvre typhoïde n'est pas fréquente dans les deux premières années de l'enfance.

M. MERCIER a observé dans sa famille un cas de fièvre typhoïde chez une fillette de 18 mois. A part la courbe caractéristique de la température, l'enfant avait présenté les taches lenticulaires de l'abdomen.

SPASME LARYNGÉ PAR AUTO-INTOXICATION DUE A L'INSUFFISANCE RÉNALE, A LA SUITE D'ARTÉRIO-SCLÉROSE GÉNÉRALISÉE.

M. VALIN.

Le 14 mars 1898 je fus appelé en toute hâte auprès d'un nommé Alfred Lamontagne, menuisier à l'Hôtel de Ville, qui venait d'être saisi d'une attaque de suffocation terrible. La crise fut courte et ne laissa pas de trace puisque le malade m'attendait, avec toutes les apparences d'un homme en santé, à la porte de sa boutique. Je me suis assuré tout d'abord qu'il ne s'agissait pas d'un corps étranger. Du reste, ce monsieur m'apprit que ce n'était pas la première fois qu'il était ainsi suffoqué et qu'il avait été traité pour de l'asthme. J'avais moi-même tout d'abord pensé à l'asthme ou à l'angine de poitrine. Mais d'après la description qu'il me fit de sa crise, je fus obligé d'éliminer ces deux maladies, et ma curiosité étant piquée, je décidai de bien examiner et observer mon malade. L'idée d'un spasme laryngé ne trouvait pas hospitalité dans mon esprit parce que j'étais imbu du préjugé que c'est une maladie de l'enfance et non de l'âge adulte. Voici le bilan de l'examen de mon malade.

Âgé de 55 ans; exerçant le métier de menuisier; ayant été pendant quelques années hôtelier; brun, à cheveux noirs, grand, pâle, plutôt maigre; œil noir, conjonctive jaunâtre; tempérament bilioso-

nerveux; langue très saburrale; les sinuosités des temporales, la congestion et dilatation des artéριοles du nez, la fermeté de la radiale trahissaient l'artério-sclérose généralisée.

Ce coup d'œil général sur mon malade me fit entrevoir que j'avais affaire à une mesure craquant de toutes parts, à un organisme, dont les principaux organes, étouffés par la sclérose, avaient besoin d'une enquête minutieuse avant de m'arrêter à un diagnostic et de formuler un traitement.

Appareil de la respiration.—Le bruit vésiculaire était beaucoup diminué dans tout le côté gauche du thorax. Questionné, le malade répondit qu'il avait eu plusieurs inflammations pulmonaires de ce côté-là. De quoi il faut en prendre et en laisser. Du côté droit le bruit vésiculaire était rude, par compensation probablement, quelques râles sibilants. Pas de matité ni d'un côté ni de l'autre, pas de sonorité plus grande du côté gauche, aucune déformation du thorax. La toux était quinteuse et à type coqueluchoïde. L'examen des crachats, qui étaient plutôt muqueux, fut négatif au point de vue du bacille de Koch. Le larynx et les fosses nasales furent examinés par un spécialiste qui ne remarqua rien de pathologique dans ces organes.

La crise de suffocation passée, le malade ne souffrait d'aucune gêne dans la respiration, sinon quand il montait une côte ou faisait un effort, et alors c'était de la dyspnée pulmonaire et non laryngée.

Appareil circulatoire.—Le pouls était dur, serré, plus rapide que le pouls normal, 85, intermittent vers la 6me ou 7me pulsation; l'artère athéromateuse, la temporale sinueuse et dure, les artéριοles du nez flexueuses et congestionnées, les extrémités refroidies et à circulation languissante, (signe d'une déféctuosité de l'irrigation sanguine par manque d'élasticité des artères), varices aux jambes, hémorrhoides.

L'inspection de la région précordiale me révéla une légère voussure annonçant une hypertrophie cardiaque. La palpation ne saisit aucun frémissement mais une impulsion vive du cœur; pas de soulèvement de la sous-clavière. L'auscultation ne décélait aucun bruit de souffle, mais un rétentissement du bruit diastolique au 2me espace intercostal. Il éprouvait quelquefois des vertiges.

Système nerveux.—Il était de tempérament névro-arthritique vif, impatient surtout depuis quelques mois. Le sommeil était le plus souvent agité suivi de courbature matutinale. Pas de tremblement ni de modification dans les réflexes, les divers modes de la sensibilité et les organes de sens spéciaux. Il avait seulement l'ouïe un peu dur. Crampes aux jambes assez fréquentes.

Système digestif.—Langue saburrale, manque d'appétit, dyspepsie avec fermentation gastro-intestinale et constipation; assez souvent état nauséux et même vomissement. Douleur épigastrique presque constante. Pas de dilatation stomacale. Le foie débordant d'un travers de doigt, ayant sa limite supérieure normale; est quelquefois douloureux.

Appareil rénal.—Il a déjà uriné beaucoup, s'est levé durant la nuit pour uriner et cela pendant une période assez longue; mais depuis

quelques mois c'est le contraire, il urine peu ; parfois l'urine tache le vase d'un dépôt rosé, parfois l'urine est pâle.

Examen des urines des 24 heures du 15 matin au 16 matin. mars, donna 400 c. c. urine pâle, densité 1010. trace d'albumine, diminution d'urée, 8 grammes, réaction alcaline, phosphates, indican, urobiline. La présence, messieurs, de l'urobiline et de l'indican, indique que le foie était insuffisant.

L'insuffisance rénale révélée déjà par la faible quantité d'eau urinaire et de la densité, fut confirmée par l'épreuve du bleu de méthylène. Il y eut retard dans l'apparition (2 heures) et dans la disparition du bleu dans les urines (4 jours).

La peau n'offrait que de la sécheresse, un peu de prurit aux extrémités inférieures et des cors aux pieds. Le système pileux était conservé et seulement légèrement blanchi.

Commémoratifs.—A toujours été très nerveux et vif à l'ouvrage, par conséquent a travaillé continuellement de toutes ses forces. A été hôtelier et a pris un peu de boisson tous les jours pendant quelques années. Il dit avoir eu plusieurs inflammations pulmonaires du côté gauche, du rhumatisme chronique sous forme de lumbago ou douleurs aux épaules, genoux. Il affirme n'avoir jamais attrapé de maladie de femme ; le fait est que malgré un examen sévère je n'ai pu surprendre aucun signe de syphilis. Il ne se souvient pas d'avoir eu les maladies infectieuses de l'enfance et de l'adolescence. Il se rappelle avoir eu de la polyurie avec réveil la nuit, des hémorrhoides, des varices. Il a souvent de la céphalalgie frontale d'assez longue durée.

Hérédité.—Le tempérament nerveux et l'arthritisme règnent chez plusieurs membres de sa famille.

Voilà, messieurs, les renseignements que j'ai obtenus par un premier examen, et vous avez pu le constater, c'est le cœur, le rein, et le foie qui sont le plus malades. Je vais grouper, messieurs, les symptômes les plus importants, afin que le syndrome fasse tableau et que la diagnostic s'en dégage plus facilement. Nous avons remarqué dans le *système circulatoire* : hypertrophie cardiaque, retentissement du 2me bruit, dyspnée d'effort, claudication du cœur, palpitations, athérome de la radiale, de la temporale, pouls dur, serré, plus rapide, intermittent, refroidissement des extrémités.

Appareil respiratoire.—Bronchite non bacillaire, à répétition ; toux quinteuse coqueluchoïde.

Appareil digestif.—État saburral, nauséux, dyspepsie, douleur épigastrique.

Appareil rénal.—Polyurie antérieure, oligurie ou diminution de l'urine actuellement, diminution de l'urée, présence d'albumine en petite quantité, insuffisance de perméabilité rénale. Ajoutons céphalalgie frontale fréquente, crampes aux jambes, vertiges, prurit, peau sèche, cors.

Je crois, messieurs, que devant ce tableau, le portrait de l'*artériosclérose généralisée* est tellement bien dessiné, qu'il n'y a pas à s'y tromper. C'est bien aussi à ce diagnostic que je me suis arrêté en toute confiance.

Cependant, l'artério-sclérose généralisée peut-elle expliquer cet accident laryngé ou trachéal, qui, d'après la description faite par le malade, était de nature spasmodique ?

Directement, non, messieurs, indirectement, oui. En effet, l'artério-sclérose n'amène pas d'altération bien marquée sur le larynx lui-même, mais elle peut avoir une action indirecte sur lui par les modifications organiques qu'elle fait subir à tout le système vasculaire, lequel tient sous sa dépense les diverses fonctions de l'économie. Or, c'est en modifiant les organes, les fonctions, qu'elle devient une cause de phénomènes liés à l'altération des échanges nutritifs. L'organisme sain est déjà un laboratoire de poisons ; si l'action nuisible de ceux-ci reste nulle, c'est que les organes éliminateurs, à la tête desquels est le rein, se chargent de le faire sortir de l'économie. Mais que ces organes éliminateurs, et protecteurs par leur fonction même, soient étouffés par la sclérose et deviennent insuffisants, alors l'équilibre est rompu, et par une diminution d'élimination, les poisons s'accumulent et finissent par saturer l'organisme. Ces poisons sont des toxines endogènes et se comportent comme des alcaloïdes. Ces poisons toxiques agissent sur les centres nerveux selon des affinités encore inconnues, mais ce qui est certain c'est que parmi eux il y en a d'hyperthermisants, d'hypothermisants, de convulsivants, de comateux, etc. Il est probable que la diversité d'action dépend plutôt de la diversité de localisation. Il est certain encore que plusieurs se contrecarrent et se trouvent empêchés ainsi d'être nuisibles.

Messieurs, comme je m'adresse à une société de médecins instruits et non à des étudiants, je ne vous ferai pas l'insulte de m'étendre là-dessus et vous prouver la vérité des auto-intoxications, admise aujourd'hui par tout le monde médical savant, et qui explique tant de faits cliniques dont la genèse était si obscure pour nos devanciers. De plus, l'artério-sclérose modifie non seulement la fonction des organes, mais aussi les organes eux-mêmes, les divers centres nerveux comme les autres. Si l'artério-sclérose modifie la circulation sanguine d'un centre nerveux quelconque, écorce, protubérance, bulbe, moelle, infailliblement ce centre altéré dans sa nutrition modifiera sa fonction. Or, messieurs, le centre de la respiration et de la phonation est dans le bulbe rachidien. Rappelons quelques principes d'anatomo-physiologie.

Anatomie du bulbe.—Le bulbe renferme deux ordres de fibres : motrices et sensibles, comprenant chacune trois groupes. Les fibres motrices émanent du faisceau pyramidal croisé, direct et latéral. Les fibres sensibles émanent du cordon postérieur (fibres croisées et non croisées) du faisceau de Goll (fibres directes). Le bulbe donne naissance à sept nerfs qui sont de haut en bas (ou d'avant en arrière) : VI^e paire (moteur oculaire externe) ; VII^e paire (le facial) ; VIII^e paire (l'acoustique) ; IX^e (le glosso-pharyngien) ; X^e (nerf vague ou pneumogastrique) ; XI^e (le spinal) ; XII^e (l'hypoglosse).

Le facial préside aux mouvements d'élévation du larynx ; le glosso-pharyngien distribue des fibres motrices au constricteur du pharynx ; le pneumogastrique, par le laryngé supérieur, anime la muqueuse du larynx et les muscles crico-thyroidiens ; par le récurrent,

(branche du spinal) il anime le constricteur inférieur du pharynx et tous les muscles du larynx sauf le crico-thyroïdien ; par des rameaux pulmonaires, il anime la trachée, les bronches, l'œsophage. Les fibres motrices du pneumogastrique ont une origine double, les unes sont issues de la racine antérieure du nerf, les autres lui sont fournies par les anastomoses qu'il reçoit de quelques nerfs et particulièrement du spinal. Le grand hypoglosse a aussi son origine dans le bulbe et ses branches collatérales animent les muscles sous-hyoïdiens.

Messieurs, par ce court aperçu d'anatomie, nous constatons que les premières voies aériennes, pharynx, larynx, trachée et bronches sont sous la dépendance de divers nerfs qui émanent d'un centre unique, le bulbe rachidien.

Physiologie du bulbe.—La transmission motrice se fait principalement par les pyramides antérieures et probablement par le faisceau intermédiaire du bulbe. Cette transmission est croisée. Le centre respiratoire est dans le bulbe, ce centre est double, dédoublé en inspireur et en expirateur. Ces centres agissent sous l'irritation de tous les nerfs sensitifs impressionnés par des excitants divers tels que acide carbonique dans le sang, (dyspnée), chaleur, acides formés par le travail musculaire, diminution d'oxygène, etc. Les altérations du sang influent sur ces centres et peuvent produire des convulsions ou crampes respiratoires. Naturellement, messieurs, je laisse de côté tout ce qui n'intéresse pas mon sujet principal.

Donc, messieurs, l'anatomie et la physiologie établissent clairement que l'appareil respiratoire est animé par divers nerfs qui ont des centres dans le bulbe, et que celui-ci est influencé par des altérations du sang, chargé soit de chaleur, d'acide carbonique et autres et par l'absence ou diminution d'oxygène.

Il est donc vraisemblable que des poisons toxiques, accumulés dans le sang, doivent influencer quelquefois ce centre nerveux. Mon malade rapportait toute la crise au larynx, il étouffait comme sous une main de fer qui lui aurait serré la gorge; les assistants m'assuraient qu'il devenait bleu. C'était donc bien un spasme avec asphyxie. Il ne perdait pas connaissance, ce qui me faisait éliminer l'ictus laryngé décrit par Charcot. J'éliminais aussi l'ictus laryngé tabétique. J'éliminais encore les tumeurs, l'anévrisme aortique, les ganglions hypertrophiés, la syphilis, la tuberculose, l'angine de poitrine, l'œdème glottique, l'hystérie, la laryngite chronique, le cancer de l'œsophage, le saturnisme, la sclérose en plaques, l'action réflexe des organes génitaux, des oreilles, du nez, etc.

Un diagnostic par exclusion me conduisit à accepter l'idée d'un spasme laryngé, combiné peut-être avec un spasme de la trachée et des bronches, d'origine bulbaire par intoxication toxinique, due à l'insuffisance rénale et hépatique, chez un individu à artério-sclérose généralisée.

Cependant, messieurs, ne connaissant le spasme laryngé que chez l'enfant, et mon attention n'ayant jamais été attirée sur la possibilité et l'existence du même phénomène chez l'adulte, je n'acceptais ce diagnostic qu'avec réserve. Mais ayant eu l'occasion d'assister à deux crises de spasme laryngé, avant celle qui entraîna la mort,

l'hésitation a fait place à la certitude. Mon confrère, le Dr Hébert, qui eut l'occasion d'assister à une de ses dernières crises, put juger de la vérité du fait. Mais, si le fait est indubitable, et du reste je m'en suis assuré depuis, (car le traité de Médecine Charcot, Bouchard, Brissaud, consacre un chapitre à ce sujet), la cause reste pas moins discutable. Messieurs, je vous ai donné une longue liste de causes de spasme laryngé, et les ayant toutes pesées, je les ai toutes éliminées les unes pour une raison, les autres pour une autre. Reste, comme explication de ce cas étrange, l'auto-intoxication par insuffisance rénale et hépatique. Comme nous l'avons vu, cette explication du phénomène laryngé s'appuie sur des données scientifiques nouvelles mais certaines et acceptées universellement. On aurait le droit de se cramponner à l'hésitation si l'évolution du syndrome ne venait confirmer cette manière d'interpréter les faits. Vous me permettez donc, messieurs, de dérouler devant vous toute l'observation afin d'en bien voir l'évolution qui doit servir de confirmation.

Vous avez présente à l'esprit la condition de mon malade telle que je l'ai décrite après mon premier examen. J'insisterai de nouveau sur l'état de son appareil circulatoire, rénal et digestif proclamant l'artério-sclérose généralisée, l'insuffisance rénale et hépatique et les fermentations gastro-hépatiques. Ayant bien présente à l'esprit la signification découlant de l'examen d'urine : qui décelait la diminution de l'urée, de l'eau urinaire, de la densité, la présence d'albumine, d'indican, d'urobiline. Mon traitement, messieurs, fut appuyé sur ce principe qu'il fallait diminuer les fermentations et désencombrer l'économie. Réduction de la diète carnée, diète lactée presque absolue, évacuants intestinaux et antiseptie par le calomel et benzo-naphtol, tel fut le traitement de choix. Au bout de quinze jours, le malade était beaucoup mieux ; l'analyse d'urine révélait la disparition de l'albumine, de l'indican, de l'urobiline, la densité était augmentée à 1015, l'eau urinaire atteignait 800 c.c.

L'amélioration dura *trois mois*, lorsque mon malade, par imprudence, prit froid et eut une bronchite qui le confina au lit pendant une semaine. Il y eut cette fois des traces d'albumine, mais le reste allait bien, l'eau urinaire était même montée à 1000 c.c. Malgré l'état catarrhal de la muqueuse aérienne, il n'y eut pas le moindre spasme. Il suivait sa diète très bien et l'amélioration était considérable ; la langue s'était nettoyée, les fermentations réduites à presque rien. Il était obligé d'évacuer ses intestins tous les deux jours par un seidlitz Chantaud. Remis de sa bronchite, il se remit à travailler. L'examen des crachats, pendant la bronchite, fut négatif au point de vue du bacille de Koch. J'administrai de l'iodure de sodium, alternant avec de la trinitrine, ce qui parut lui faire tant de bien sur sa dyspnée que le malade se croyait guéri. Pendant *quatre mois*, période la plus longue de bien être qu'il eut depuis bien longtemps, l'analyse des urines révélait presque un état normal ; la quantité d'eau urinaire atteignait 1,200, 1,400 et même 1,500 c.c., la densité variait entre 1015 à 1022, la réaction se maintenait légèrement acide, l'urée était montée à 22 grammes, l'albumine et l'indican étaient disparus. Cependant, un petit point sombre dans le tableau, des urates colorés

en rose-saumon par l'uro-érythrine trahissaient une légère insuffisance hépatique. L'élimination se faisant mieux, le désencombrement de l'économie s'étant fait, les fermentations étant empêchées par une diète sévère et les antiseptiques, mon malade était mieux et tellement mieux que j'avais beaucoup de peine à lui faire croire qu'il n'était pas guéri, qu'un rien pouvait rompre l'équilibre rétabli.

Remarquons, messieurs, que les spasmes tant redoutés ne taquinaient plus le larynx de mon malade. Sans doute, il éprouvait bien encore de l'essoufflement à l'effort, tant le ressort vasculaire était usé, mais l'accident le plus redoutable était écarté grâce au traitement conçu sur la théorie de l'auto-intoxication. Dans le cours de l'été il eût un peu de bronchite, le Dr Hébert me remplaça, car j'allais passer le dimanche à la campagne; ce fut seulement un léger contre-temps. Mais l'automne arrive avec ses vents glacés, ses pluies froides et humides si redoutables à ces malades. Il était menuisier à l'Hôtel-de-Ville et en cette qualité il se mit en frais de poser les chassisdoubles de ce vaste édifice. Vous le présagez, le surmenage et le refroidissement lui feront payer cher son amour propre et son amour exagéré du devoir qui le faisaient agir partout à la fois et se dépenser comme cinq. Comme je vous l'ai dit, c'était un homme vif et prompt.

Quatre ou cinq jours après il fut pris d'une attaque de spasme assez intense. Je mesurai les urines des 24 heures, elles étaient diminuées à 350 c.c., l'urée à 7 grammes, la densité à 1010, la réaction à peine acide, il y avait des traces d'albumine, pas d'indican, ni urobiline, ni uro-érythrine, quelques globules de sang et quelques leucocytes, pas de cylindres, quelques cellules rénales. Le traitement a été repris dans toute sa rigueur primitive avec repos au lit cette fois, pendant trois semaines. Au bout de ce laps de temps, l'eau urinaire était remontée à 900 c.c., l'albumine disparue, la densité remontée à 1015. Nous étions au moins de décembre 1898, ce mois se passe sans accident et même bien. J'aurais désiré, pour soustraire mon malade aux dangers du froid et du surmenage, le garder à la maison les mois de janvier et février, mais cela fut impossible, car il avait peur de perdre sa place, certaines gens escomptant déjà sa mort et postulant son emploi.

A la fin de décembre et au commencement de janvier 1899 il eût une bronchite avec fièvre, streptocoques et staphylocoques, mais sans bacille de Koch dans tous les examens que j'ai faits de ses crachats, car vous allez voir ce qui va arriver de curieux. Je vous prie de remarquer encore qu'avec cette bronchite il n'eût pas d'attaque de spasme, malgré la présence du catarrhe de l'arbre aérien.

Janvier et février se passèrent assez bien et sans spasme, malgré que le malade sortait et travaillait un peu, malgré moi. L'urine se maintenant autour de la normale. Mais vers le 10 mars, je reçus un échantillon qui m'alarma un peu, l'urine était tombée à 450 c.c., l'urée à 9 grammes, la densité à 1010, sans albumine. Je m'empressai d'avertir mon malade de bien veiller à tous les détails du traitement, car je craignais une crise si le rein n'éliminait pas mieux. C'était un homme difficile à contrôler et il avait abandonné le lait depuis

deux semaines et augmenté de beaucoup la diète carnée. De plus il ne voulait aucunement arrêter de travailler.

Le 18 mars au soir, on vint me chercher en toute hâte, le malade venait d'avoir une crise de spasme laryngé. Malheureusement, je n'étais pas chez moi et n'ayant pas laissé d'adresse, on alla frapper chez un autre médecin. Une injection de morphine fit tout rentrer dans l'ordre. Mais ce médecin, ayant été pressé de questions et ayant finalement posé un diagnostic tout l'opposé du mien, celui de phtisie laryngée et pulmonaire, fut prié de continuer à traiter le malade. La toux, la bronchite, l'expectoration, la diminution du murmure vésiculaire d'un côté, rudesse compensatrice de l'autre, voilà probablement le syndrome écourté qui induit mon confrère en erreur. Vous savez, messieurs, que dans le peuple il y a des gens qui nous tiennent compte de ne point les refaire à neuf et croient plutôt le dernier venu pourvu qu'il contredise les autres. Le docteur fut conséquent avec lui-même et formula un traitement contre la phtisie, la suralimentation, la créosote en lavement, à dose de 60 gouttes tous les jours. Messieurs, vous devinez ce qui va arriver, convaincus comme moi, que l'insuffisance rénale était le phénomène prédominant du syndrome.

Le rein, déjà si amoindri par sa sclérose artérielle, fut vite épuisé sous la stimulation et l'irritation de la créosote. Le pouvoir digestif, déjà si réduit par l'état précaire de l'estomac et l'insuffisance du foie, fut anéanti sous l'avalanche de repas, encombrant les voies digestives de viande, poudre de viande, etc., etc.

L'auto-intoxication fut portée à son comble, aussi la crise éclata terrible comme jamais. On vint me chercher et je trouvai mon malade avec une expression d'angoisse sur sa figure, le corps couvert de sueur froide. Il n'avait uriné depuis 12 heures qu'environ 200 grammes, l'urine était albumineuse, *noirâtre*. On me mit au courant du traitement suivi depuis huit jours, traitement que j'écartai avec le même sans gêne avec lequel on avait écarté le mien. Après avoir examiné l'urine à mon bureau, je retournai chez le malade, comme j'entrerais chez lui, il était saisi d'une nouvelle crise. Sans être content pour lui je l'étais pour moi, car c'était la première fois que l'occasion m'était donnée d'observer cette crise.

La face était d'une anxiété effroyable, bleuâtre; le malade se débattait dans les bras de ses frères, ouvrait la bouche toute grande allant au devant de l'air qui s'engouffrait avec difficulté, la cage thoracique était immobilisée et l'on n'entendait rien à l'auscultation, du moins il était impossible de saisir quelque chose du murmure vésiculaire dominé par le bruit de l'inspiration et de l'expiration, bruit amplifié par l'étroitesse du tube aérien. C'était vraiment de l'asphyxie. Au bout de 30 à 60 secondes environ, la crise cessa, non brusquement mais graduellement; le malade tomba épuisé, couvert de transpiration froide et reprenant peu à peu sa couleur ordinaire. La respiration redevint normale, sans aucune gêne ni bruit au larynx; le pouls de rapide, dur, serré, devint mou, petit, à 85 pulsations.

Messieurs, il n'y avait pas de doute, c'était bien un spasme laryngé, peut-être combiné à un spasme de la trachée et des bron-

ches. J'appelai mon confrère le Dr Hébert, qui s'intéressait au malade, à cause de la rareté de l'affection. Il fut témoin d'une autre crise qui arriva une heure et demie après. Il se convainquit comme moi de la réalité du spasme laryngé. Le malade reçut une injection de morphine de $\frac{1}{2}$ de grain ; il s'endormit tellement profondément que je crus pouvoir aller prendre du repos. On vint me chercher à course de cheval à huit heures du matin, lorsque j'arrivai, il venait de succomber à l'asphyxie et peut-être à un arrêt du cœur.

Ce cas, messieurs, m'ayant fort impressionné, je l'ai étudié sous toutes ses faces et j'ai compulsé maintes bibliothèques pour y trouver un exemple semblable.

Je vous ai énuméré toutes les causes reconnues capables de causer pareil accident chez l'adulte. Les causes sont nombreuses et variées. Je ne trouve nulle part exactement l'explication que j'en ai donnée, mais elle est presque ébauchée, presque suggérée par des faits cliniques presque analogues, analysés à la lumière de nos connaissances actuelles sur les auto-intoxications. Ainsi, messieurs, le *laryngismus stridulus* des enfants, considéré jusqu'à dernièrement comme fonction de rachitisme, est considéré maintenant, et avec lui le rachitisme, comme le résultat de l'auto-intoxication par fermentation intestinale. La preuve, c'est qu'on a qu'à remettre l'enfant au sein pour voir tous les accidents convulsifs laryngés cesser immédiatement.

Le spasme glottique des nourrissons, dont on ignorait la cause autrefois, et dans l'ignorance de la cause, on appela idiopathique, est considéré aujourd'hui comme de nature éclamptique. Or, qu'est-ce que l'éclampsie, messieurs, sinon une auto-intoxication ? Et puis M. Lancereaux ne dit-il pas, dans son chapitre intitulé Néphrite de l'Artério-sclérose : "ce sont des phénomènes indicateurs de l'insuffisance urinaire que nous appelons urémiques, bien qu'ils ne soient pas l'effet de la rétention de l'urée dans le sang, mais du défaut d'élimination de matières excrémentielles encore inexactly déterminées." Et il continue : "ces accidents, qui ont pour siège plus spécial le tube digestif et le système nerveux... se manifestent par des crises dyspnéiques, des paroxysmes nocturnes assez semblables à des attaques d'asthme, par des crises éclamptiques, etc. Messieurs. l'an dernier, j'ai eu l'occasion de faire la remarque ici que ces termes urémie, phénomènes urémiques, sont reconnus impropres pour signifier ce syndrome qui résulte de la rétention dans l'organisme, non d'une seule substance telle que l'urée, qui n'est pas si nuisible qu'on l'a cru, mais à la rétention d'une foule de substances, appelées toxines. Il est plus convenable de désigner ces intoxications endogènes complexes par le terme plus général et plus compréhensif de *toxémie rénale*. Sur ce sujet, j'ai une note prise dans la *Semaine Médicale* 1897, qui est très instructive et appuie singulièrement mon diagnostic, il y est dit :

"Dans le cas de *néphrite interstitielle*, un écart de régime, une simple indigestion peuvent amener la mort par suite de l'accumulation de toxines dans l'organisme. D'où ressort l'importance d'examiner périodiquement les malades au point de vue de l'insuffisance rénale."

Eh bien, messieurs, vous voyez que ce n'est pas un diagnostic

fantaisiste et non appuyé sur d'excellentes preuves. Je vous ferai remarquer le *parallélisme frappant qui a existé entre l'apparition de son accident spasmodique et la diminution d'élimination rénale*. Je vous prie de remarquer encore avec quelle sévérité cet accident laryngé s'est remontré lorsque le rein surmené par une médication intempestive a failli à sa tâche. Je vous prie de remarquer que chaque imprudence dans la diète, chaque surmenage ou refroidissement faisait surgir l'accident, tenu en échec jusque là par une bonne élimination. L'évolution de ce syndrome est donc la dernière preuve à apporter à l'appui de ma manière d'interpréter ce cas.

Quoiqu'il en soit, comme conclusion pratique, laissez-moi, messieurs, tirer celle-ci : c'est que quand le praticien se trouve devant un homme d'au-delà 50 ans, avec des signes d'insuffisance rénale, il doit prendre le rein comme boussole de sa thérapeutique.

BOUCHARD et BRISSAUD.—*Traité de Médecine*, (deuxième édition), publié sous la direction de MM. BOUCHARD, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut, et BRISSAUD, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital St-Antoine. Tome IV, comprenant : *Maladies de la bouche et du pharynx*, par A. RUVAULT, médecin honoraire de la Clinique Laryngologique de l'Institution Nationale des Sourds-Muets (pages 1 à 155); *Maladies de l'estomac, du pancréas*, par A. MATHIEU, médecin de l'Hôpital Andral (pages 156 à 400); *Maladies de l'intestin et du péritoine*, par COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris (pages 401 à 676).—Un vol. grand in-8. Prix: 16 francs. Paris, 1900.—Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard St-Germain.

La maison Masson poursuit la publication régulière de la deuxième édition du *Traité de Médecine*, dont l'éloge n'est plus à faire. Le présent volume, IVe de la série, suit de très près son prédécesseur (voir *L'Union Médicale du Canada*, décembre 1899, page 763).

Le tome IV présente des changements importants. On a d'abord sauvé de l'espace en renvoyant le chapitre *diphthérie*, très long, aux maladies infectieuses, puis la partie consacrée aux *maladies de l'estomac* a été rédigé complètement à neuf par A. MATHIEU, l'éminent spécialiste, qui lui a donné une division nouvelle, plus concise et plus claire, en trois chapitres: 1° *Séméiologie analytique*, où l'auteur étudie en particulier certains symptômes (vomissement, hématomèse, acidité de l'estomac, etc.); 2° *Etude des grands complexus symptomatiques et des principaux types cliniques de la dyspepsie gastrique*, consacrée non seulement à la dyspepsie, mais à la gastralgie, à l'embarras gastrique, au retentissement à distance de la viciation des fonctions stomacales, etc.; 3° *Etude des maladies de l'estomac caractérisées par des lésions anatomo-pathologiques* (gastrite, ulcère simple, tumeurs, cancer, etc.) La nouvelle méthode d'exposition de l'auteur sera très appréciée des médecins.

Les autres parties du volume sont demeurées à peu près les mêmes que dans la première édition.

REVUE DES JOURNAUX.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉE, MODE DES FESSES.

De M. le professeur Pierre BUDIN.

Nous avons eu dans la même journée trois accouchements par le siège, et nous en avons eu un quatrième, quelques jours auparavant.

C'est à propos de l'un de ces accouchements—plus particulièrement intéressant—que je veux vous parler aujourd'hui de la présentation du siège.

Il s'agit d'une primipare de vingt-cinq ans, qui a eu ses dernières règles du 10 au 14 mars et qui, par conséquent, était arrivée à peu près à terme.

Cette femme entra en travail à 1 heure après-midi. À 4 heures, la dilatation du col était de 2 cent. $\frac{1}{2}$. C'était une présentation du siège décomplétée, mode des fesses.

À 9 heures, la dilatation était à peine de 4 centimètres. Ce fut seulement le lendemain, 10 décembre, à 3 heures du soir, que la dilation fut complète. À 3 heures $\frac{1}{4}$ la femme poussait encore, mais, à 3 heures $\frac{1}{2}$, elle était complètement épuisée et ne pouvait plus en aucune façon, aider à l'accouchement.

Comme le siège ne sortait pas, M. Schwab, chef de clinique, introduisit la main, fit sortir le siège, et dégagea les deux épaules. Il introduisit ensuite deux doigts dans la bouche de l'enfant, afin de faire l'extraction de la tête par la méthode de Mauriceau, mais il n'a pu parvenir à faire sortir ainsi la tête et il a eu recours alors à une application de forceps sur la tête dernière. Il a ramené ainsi un enfant pesant 3.330 grammes qui est né un peu étonné et que l'on a pu ramener sans grandes difficultés. Cet enfant va fort bien aujourd'hui.

M. Schwab a donc échoué par la manœuvre de Mauriceau et il a eu recours au forceps pour terminer cet accouchement.

Mais en quoi consiste donc cette manœuvre de Mauriceau qui revient chaque fois que, dans un accouchement par le siège, la tête, après la sortie du tronc et des épaules, reste, retenue dans l'excavation?—Mauriceau la décrit en ces termes dans son livre :

“Durant que quelque autre personne tirera médiocrement le corps de l'enfant le tenant par les deux pieds, ou au-dessus des genoux, le chirurgien dégagera peu à peu la tête d'entre les os du passage, ce qu'il fera en glissant doucement un ou deux doigts de sa

main gauche dans la bouche de l'enfant, pour en dégager premièrement le menton, et, de sa main droite, il embrassera le derrière du col de l'enfant, au-dessus de ses épaules, pour le tirer ensuite, avec l'aide d'un des doigts de sa main gauche, mis dans la bouche de l'enfant, comme je viens de dire, pour en dégager le menton."

Qu'est-ce que cela veut dire ? En langage moderne cela veut dire tout simplement que, pour dégager la tête arrêtée dans l'excavation, on introduira deux doigts de la main gauche dans la bouche de l'enfant, pendant que les doigts de la main droite appuieront les épaules. Tirant alors sur les épaules, on amène au dehors, en relevant l'enfant, successivement le menton, la face, le front...

Cette manœuvre est facile à comprendre et donne de bons résultats dans la plupart des cas.

Elle avait été acceptée sans difficulté par les accoucheurs lorsque Mauriceau la fit connaître. Mais—cela arrive pour les procédés les meilleurs—elle fut oubliée après un certain temps, elle fut perdue de vue un peu de tous les côtés à l'étranger et même en Allemagne où Veit, l'ayant découverte dans le livre de Smellie, la décrit en lui donnant le nom de "méthode de Smellie." Les élèves de Veit—Schroder, entre autres—l'appelèrent "méthode de Smellie-Veit."

C'est là une erreur, le procédé n'appartient ni à Smellie, ni à Veit, il est bien la propriété de Mauriceau, à qui d'ailleurs on rend aujourd'hui entièrement justice.

On a décrit d'autres méthodes pour faire sortir la tête dans ces conditions : celle de Mme Boivin, une autre de Smellie lui-même. Je ne vous les exposerai pas. Elles sont beaucoup inférieures à celle de Mauriceau et nous devons nous en tenir à cette dernière.

Mais réussit-elle toujours ?—Non.—Déjà Levret, qui avait observé que cette manœuvre ne réussissait pas toujours, avait inventé son tire-tête, et Smellie avait décrit l'application de forceps faite sur la tête dernière ; et, si Smellie avait eu, dans ce cas, recours au forceps, lui qui connaissait parfaitement la manœuvre de Mauriceau, c'est que certainement il avait échoué dans certains cas en employant cette manœuvre.—D'ailleurs Baudelocque, le grand et illustre accoucheur de la fin du dernier siècle, a dit, lui aussi, qu'il fallait, dans des cas semblables, avoir recours au forceps.

Mme Lachapelle prétendait que, si l'on ne réussissait pas avec la manœuvre de Mauriceau, c'est qu'on ne savait pas bien l'employer. De sorte que, pour elle, si Levret, si Smellie, si Baudelocque ont préconisé le forceps sur la tête dernière, c'est qu'ils n'avaient pas su employer la manœuvre de Mauriceau, c'est qu'ils n'avaient pas pris toutes les précautions nécessaires pour faire cette manœuvre.

Schroder, lui aussi, affirme que l'on peut toujours extraire la tête avec les mains et que si l'on ne réussit pas à la faire sortir ainsi, c'est qu'il n'y a possibilité de l'extraire d'aucune manière.

Tarnier dit, dans ses cours de la faculté, qu'on peut appliquer le forceps sur la tête dernière, mais que, pour son compte, il n'a jamais eu recours à ce procédé.

Le professeur Grynfellt, de Montpellier, se déclare partisan du forceps appliqué sur la tête dernière.

Vous voyez que les avis sont partagés.

M. le professeur Pinard, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, décrit l'application de forceps sur la tête dernière, mais tout en ajoutant que l'on peut se passer de cette opération.

En Allemagne, on dit que, bien qu'en général on puisse s'en passer dans ces cas spéciaux, le forceps peut cependant rendre de grands services.

Pour les uns la manœuvre de Mauriceau réussit toujours ; pour les autres, il n'en est pas toujours ainsi.

J'avais, pour ma part, accepté avec M. Tarnier, que le forceps, tête dernière, n'était pas nécessaire. Eh bien, j'ai dû modifier ma manière de voir à ce sujet et l'expérience m'a démontré que le forceps, dans ces cas-là, peut rendre de grands services.

J'ai décrit un cas que j'ai observé ici même dans le service de la clinique, en 1889. Il s'agissait d'un rétrécissement du bassin. Je fis la version. La tête passa à travers le détroit supérieur. Le rétrécissement était donc franchi et l'on aurait pu croire que nous étions au bout de nos peines. Eh bien ! malgré tous les efforts que je pouvais faire, je ne parvenais pas à l'extraire : elle était retenue sur le plancher périnéal. Je pris alors le forceps et j'eus ainsi la tête.

Et, à ce propos, au moment même où se présenta le cas dont je viens de parler, je fis observer qu'il fallait faire une distinction : Ou bien la tête était arrêtée au détroit supérieur (dans les cas de bassin rétréci), ou bien elle avait franchi ce détroit. Si la tête est au-dessus du détroit supérieur, la main doit suffire pour amener la tête. Le forceps ne fera rien, on ne l'appliquera, du reste, que très difficilement et, si on parvient à l'appliquer, à saisir la tête, loin de faciliter la sortie de cette tête, cela ne fera que l'entraver en augmentant le volume même de la masse qui doit franchir le détroit. La tête qui, seule, ne passait pas, parce que son volume était trop considérable par rapport au diamètre du détroit supérieur, aura son volume augmenté par l'épaisseur des deux branches de l'instrument et elle ne passera pas ; tandis qu'on parviendra à lui faire franchir le détroit simplement en se servant avec habileté de ses mains.

Mais il en est tout autrement lorsque la tête a franchi le détroit supérieur, comme dans le cas de 1889 que je viens de vous citer. Oui, dans ce dernier cas, le forceps pourra être employé avec succès.

Les causes qui empêchent la tête de sortir après qu'elle a franchi le détroit supérieur sont de trois ordres ; 1^o ou bien le col utérin se rétractant est appliqué sur le cou de l'enfant, le comprime et emprisonne la tête ; ou bien la tête est descendue dans l'excavation, mais le plancher pelvien est très résistant et on ne parvient pas, avec la main, à avoir raison de la résistance du muscle releveur de l'anus ; 2^o ou bien enfin il y a un rétrécissement du détroit inférieur.

Revenons sur ces trois causes :

1^o C'était à la Charité. On venait de nommer des accoucheurs des hôpitaux, mais le service d'accouchement n'était pas encore établi du tout dans cet hôpital. Je fus appelé pour accoucher une

femme qui avait comme voisine une malade ayant un érysipèle. C'était un danger bien près de mon accouchée. Il fallait donc se presser autant que possible de faire cet accouchement, ne pas laisser les choses traîner en longueur. Je fis la version et, à peine eus-je fait sortir les épaules, je constatai que le col de l'utérus était revenu sur le cou de l'enfant et constituait autour de lui un véritable cercle utérin. Je ne pouvais pas passer, il m'était impossible de dégager cette tête.

C'était mon premier accouchement comme accoucheur des hôpitaux, et je n'étais pas sans être assez préoccupé par la perspective d'un enfant mort. On n'aurait certainement pas manqué de dire que ce n'était vraiment pas la peine d'avoir des accoucheurs spéciaux pour obtenir des résultats semblables. Il fallait terminer cet accouchement le plus vite possible. Je glissai une cuillère entre le col utérin et le cou de l'enfant, puis je glissai la seconde, j'articulai l'instrument et je tirai. Les choses marchèrent bien et j'eus un enfant qui naquit en état de mort apparente mais qui fut ranimé immédiatement.

Le forceps, dans ces cas-là, joue en même temps le rôle de dilateur et d'extracteur.

2° Le plancher périnéal et le muscle releveur de l'anus font résistance. Voici un cas que j'ai pu observer pendant que j'étais chef de clinique de M. Depaul, qui, à ce moment là, était remplacé par M. Charpentier.—Le siège était engagé dans la cavité pelvienne. Mais on sentait comme une vraie sangle que constituait le releveur de l'anus. Je prévins Mme de Soyre, sage-femme en chef, et je lui dis de me faire appeler pour cet accouchement. On ne me prévint pas et la femme accoucha pendant que je n'étais pas là, et l'enfant mourut.

Mme de Soyre, qui était très habile, très expérimentée, et très forte, avait voulu tirer. Elle tira très longtemps, pendant plus de vingt minutes, le périnée fut tout à fait déchiré (probablement par le forceps) et l'enfant arriva mort.

3° Le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur est le troisième cas dans lequel le forceps est indiqué. Supposons, par exemple, que l'on ait un diamètre sous-sacro-sous-pubien de 9 ou 8 centimètres seulement et que le diamètre sous-occipito-frontal de la tête fœtale mesure soit 10 soit 11 centimètres suivant que l'enfant est normal ou gros. Le sous-occipito-frontal étant plus fort que le diamètre du détroit qu'il doit traverser, ne passera certainement pas, quelque effort que l'on puisse faire avec la main. On ne réussirait pas ainsi.

Avec le forceps, au contraire, on pourra comprimer un peu la tête; faire chevaucher les os du crâne sensiblement les uns sur les autres et finir par faire passer cette tête dans un anneau dont le diamètre est inférieur à celui de la tête non comprimée.

Tels sont les trois cas principaux dans lesquels vous pouvez avoir à faire une application de forceps, tête dernière.

Donc, lorsque vous vous trouvez en présence d'un accouchement par le siège, vous devez avoir toujours auprès de vous de quoi ranimer

l'enfant (eau chaude, etc.), qui peut naître en état de mort apparente, et, en plus, vous devez être muni de votre forceps tout prêt à être employé. Évidemment vous n'aurez pas toujours à appliquer le dit forceps, mais il pourra se faire que vous soyez obligés d'y avoir recours. C'est une condition indispensable pour vous assurer de mener l'accouchement à bonne fin. Toutes les fois que vous avez un accouchement par le siège, ayez le forceps auprès de vous... en cas de besoin.

Sur quoi tire-t-on, quand on emploie la main pour dégager la tête dernière ?—Sur le maxillaire inférieur. Mais le maxillaire inférieur n'est pas un os qui offre une grande résistance, et, d'après les expériences faites, il ne faudrait pas exercer sur cet os une traction d'une force supérieure à vingt kilogrammes. En dépassant ce chiffre on s'exposerait à occasionner les lésions les plus graves.

Si, au contraire, on emploie le forceps, la prise est beaucoup plus étendue que celle qui est faite avec un ou deux doigts. Une surface plus grande est saisie et la résistance devenant ainsi plus considérable, on peut, sans faire courir de risques à l'enfant, exercer une force de traction beaucoup plus grande, donner à ces tractions une puissance plus étendue. Le forceps offre donc, dans ces cas, des avantages réels.

Quel est donc le manuel opératoire de cette opération.

Ceux qui ne sont pas partisans de l'intervention par le forceps ont fait diverses objections. On a dit, d'une part, que l'opération offre des difficultés et d'autre part qu'une application de forceps pouvait faire perdre un temps précieux au point de vue de la vie de l'enfant.

De ces deux arguments, le second n'a absolument aucune valeur, car on perd beaucoup plus de temps en faisant les tractions manuelles qu'en pratiquant une application de forceps; et, d'ailleurs, on ne parvient pas, le plus souvent, à faire l'extraction directement avec la main.

Reste la première objection : l'application de forceps est une opération difficile dans ce cas. Eh ! bien, c'est là une erreur ; c'est tout le contraire, il n'y en a pas de plus facile.

C'est tout à fait exceptionnellement que l'occiput se trouve en arrière. Dans la plus grande majorité des cas—c'est-à-dire dix-neuf fois sur vingt—l'occiput est en avant. Et lorsqu'il est ainsi, le plus habituellement, je le répète—on fait relever le tronc de l'enfant par un aide et l'on place ensuite extrêmement facilement les deux cuillers de l'instrument. Il n'y a qu'un cas qui offre un peu de difficulté, c'est lorsque le col fait bourrelet sur la tête fœtale. Mais on arrive facilement à bout de cette difficulté, en glissant tout simplement la main entre le bourrelet et la tête. On fait pénétrer les branches de l'instrument en les glissant sur la main : puis on articule. On met ou on ne met pas le tracteur. On attend une contraction utérine et l'on profite de ce moment pour tirer. On dégage ainsi la tête, c'est facile. Je parle, bien entendu des cas dans lesquels l'occiput est en avant.

Mais si l'occiput est en arrière, que faudra-t-il faire ? Si la tête est

fléchie, il faudra faire basculer l'enfant et porter le dos du fœtus sur le dos de la mère (dos contre dos) de telle sorte que le front glissera derrière le pubis, tandis que l'occiput sera retenu fixé dans la cavité du sacrum. Si, au contraire, la tête est défléchie, on portera le ventre du fœtus vers le ventre de la mère (ventre contre ventre): l'occiput glissera sur le sacrum et se dégagera le premier, tandis que le menton aura été retenu, accroché au-dessus du pubis.

M. Loviot qui, dans ces cas de tête dernière, ne voulait admettre que la manœuvre de Mauriceau, a changé d'avis; le docteur Auvard, le docteur Chaleix, de Bordeaux, etc., sont partisans du forceps sur la tête dernière. Le docteur Demelin a été, deux fois, obligé d'avoir recours au forceps pour réussir à avoir la tête.

On a beau soutenir, avec Mme Lachapelle, que si l'on ne réussit pas avec la manœuvre de Mauriceau, c'est qu'on ne prend pas toutes les précautions voulues, qu'en un mot on applique mal la méthode; les faits sont là qui viennent péremptoirement démontrer le contraire.

Dans un accouchement par le siège, l'enfant étant mort, il n'y avait plus à se préoccuper de lui. On avait donc tout son temps pour utiliser à loisir la manœuvre de Mauriceau. Pourtant il ne fut pas possible par ce moyen, d'extraire la tête. Une simple application de forceps suffit pour amener immédiatement cette tête rebelle. La démonstration est des plus concluantes.

Je vous ai dit qu'en employant la manœuvre de Mauriceau, on était exposé, dans certains cas, à déterminer des lésions de la cavité buccale; et je vous ai cité le cas de M. Loviot qui avait eu une lésion du plancher buccal. D'autres observations de lésions semblables ont été publiées.

Je dois ajouter que l'on s'expose encore à déterminer des fractures de la clavicule, fractures pas très graves, je le veux bien, mais qui n'en sont pas moins fort ennuyeuses. En appuyant sur le cou, on peut encore produire des paralysies des bras, paralysies qu'il faut soigner si l'on ne veut pas s'exposer à les voir persister; j'ai vu ces accidents arriver, même aux plus habiles. J'ai entre autres, vu une paralysie des deux bras qui avait été la conséquence des efforts faits pour extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau; avec le forceps, au contraire, on ne s'expose à rien de tout cela.

Je dois dire que la plupart de nos collègues sont partisans de cette application du forceps, tête dernière, et notamment M. Maygrier. Tout le monde à peu près aujourd'hui est rangé à ce même avis.

Voici un cas qui m'est personnel, je l'ai vu avec M. Maygrier.

Une femme devient enceinte après une dernière grossesse qui remontait à onze ans. Arrivée à terme, elle m'écrivit qu'elle a perdu de l'eau. Je m'empresse de me rendre à son appel et, cinq minutes après, j'étais auprès d'elle.

Je palpe, j'ausculte, rien. Je touche et je sens une anse du cordon qui se trouvait dans le conduit vaginal. Je me dis qu'il était triste d'avoir attendu onze ans pour en arriver à donner naissance à un enfant mort. Mais, en soulevant la tête avec mon doigt et en l'empêchant ainsi de presser le cordon, je sentis revenir les battements. L'enfant vivait donc encore; je respirai.

Je mis immédiatement la femme en travers de son lit. Je me tenais à genoux par terre, afin de soulever la tête fœtale et de la tenir soulevée de manière à ce que la circulation ne fût pas arrêtée. J'attendais ainsi la garde qui devait venir m'aider à mener cet accouchement à bonne fin.

Voyant que cette femme n'arrivait pas,—il était 9 heures et j'attendais depuis 6 heures $\frac{1}{2}$ ou 7 heures—je pris le parti d'envoyer chercher M. Maygrier. Je le mis au courant de la situation. Chaque fois que j'abandonnais la tête, on n'entendait plus les battements du cœur de l'enfant; ces battements reparaissaient dès que je la soulevais. J'avais préparé mon forceps, j'introduisis la main, je fis la version. Je pus extraire le tronc, mais la tête fut arrêtée et ni M. Maygrier, ni moi, ne pûmes parvenir à la faire sortir.

Je n'hésitai pas à appliquer le forceps et, aidé par M. Maygrier, je pus extraire l'enfant qui naquit en état de mort apparente. Nous le ranimâmes. Il était sauvé. Mais j'avais dû tirer très fort et je dis qu'il pourrait bien s'être déterminé une paralysie du bras. Il y en avait une, en effet, mais grâce aux soins qui furent donnés immédiatement, elle a guéri bientôt.

Lorsque Napoléon Ier épousa Marie-Louise, il désigna comme accoucheur de l'Impératrice, Baudeloque. Le mariage de l'Empereur eut lieu le 1er avril 1810, et un mois après, le 2 mai, Baudeloque mourut et ce fut Antoine Dubois qui fut désigné pour lui succéder.

En mars 1811, l'impératrice était à terme. Antoine Dubois était auprès d'elle avec Corvisart. L'accouchement ne marchait pas; on avait une présentation du siège. Dubois, préoccupé, mit l'empereur au courant de la situation: "Sauvez la mère, lui dit l'Empereur" Mais Dubois insistant pour faire appeler un confrère en consultation: "M. Dubois, lui répondit l'empereur, si vous n'étiez pas ici, c'est vous seul qu'on irait chercher; retournez près de l'impératrice, et traitez-la comme vous feriez de la femme d'un marchand de la rue Saint-Denis."

Les pieds sortirent, puis ce fut le tronc, le siège et les bras, mais la tête resta. Dubois alors appliqua le forceps et l'enfant fut extrait. Il naquit en état de mort apparente, mais put être facilement ranimé.

En résumé, quand vous avez une présentation du siège, ayez soin d'avoir auprès de vous votre insufflateur avec tout ce qu'il faut pour ranimer l'enfant et un forceps pour le cas où la tête dernière restera accrochée.

(Journal des Sages-Femmes).

Dr H. CLAUDE.—*Cancer et Tuberculose*, par le Dr H. Claude, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in 16 de 95 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris. 1 fr. 50.)

REVUE D'HYGIÈNE

LE RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL D'HYGIÈNE.

(Suite et fin)

L'eau de Montréal

Depuis trois ou quatre ans, le Conseil d'Hygiène a fait faire, par son bactériologiste et son chimiste, des analyses fréquentes de l'eau fournie à la ville de Montréal par le réservoir, et aussi de l'eau prise près des quais. Il résulte de ces analyses que l'eau du port de Montréal est très dangereuse et absolument impropre à la consommation, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre, quand on sait que les égoûts de la ville viennent se déverser dans le port. Alors que l'eau du fleuve, en dehors de la jetée, ne contient que 300 bactéries par centimètre cube, on trouve une moyenne, dans l'eau prise dans le grand bassin, près de la douane, où vient se déverser un des principaux égoûts, de 40 à 50,000 bactéries par c.c. Ceci fait voir jusqu'à quel point cette eau est contaminée par les égoûts.

Nous reproduisons le tableau du Dr Johnston :

COLONIES PAR C. C., SUR GÉLATINE, A 30° C.

Nos.	MAXIMUM.	MINIMUM.	EN MOYENNE
No. 1. Canal Lachine.....	2,600	1,400	2,000
No. 2. Vis-à-vis rue Forfar.....	.....	.....	4,000
No. 3. Déversoir du trop plein du canal..	65,800	22,200	41,585
No. 4. Hâvre, anse au-dessus du canal...	2,300	1,200	1,795
No. 5. Dégorgeoir, Moulin Ogilvie.....	11,400	8,900	9,825
No. 6. Bassin " Windmill Point ".....	5,600	4,100	4,775
No. 7. Bassin " Windmill Point," en bas du pont	21,200	9,400	15,933
No. 8. Vis-à-vis la douane.....	27,900	17,000	24,050
No. 9. Au-dessus "	54,200	36,500	45,600
No. 10. En bas "	36,200	4,800	15,662
No. 11. Egout, près de la douane.....	CULTURE	S'EST	LIQUÉFIÉE.
No. 12. En dehors de la jetée.....	600	100	300
No. 13. Rivage, près de l'élevateur C.P.R.	142,400	8,000	54,200

Evidemment cette eau ne sert pas à l'alimentation des habitants de la ville, elle est dangereuse surtout pour le personnel des bateaux qui auraient l'imprudence d'en faire usage. Cependant, cette eau contaminée qui séjourne pendant quelque temps dans le grand bassin, depuis surtout la construction de la fameuse jetée, et qui est à la longue entraînée le long du rivage, vers Hochelaga et la Longue-Pointe, ne peut-elle pas contaminer dans une certaine étendue l'eau du fleuve qui coule devant ces places ? Il serait intéressant de s'assurer jusqu'à quel point la chose existe, et s'il est prudent d'établir des prises d'eau dans le fleuve en aval de la ville. L'eau n'y doit pas être de qualité première.

Quant à l'eau fournie par le réservoir, pour être moins contaminée, elle n'est pas encore parfaite, surtout le printemps. Voici en tableau, la moyenne du nombre de bactéries trouvées à différents temps de l'année, dans l'eau prise au robinet du laboratoire du Conseil d'Hygiène :

MOIS	MAXIMUM.	MINIMUM.	EN MOYENNE.
Mars.....	315	191	247
Avril.....	1833	943	1185
Mai.....	283	203	257
Juin.....	198	111	152
Juillet.....	194	98	142
Août.....	194	125	156
Septembre.....	175	100	130
Octobre.....	345	115	254
Novembre.....	357	211	281
Décembre.....	216	62	114

Sans doute toutes ces bactéries ne sont pas susceptibles de produire des maladies ; mais enfin, moins une eau en contient, et moins elle est dangereuse.

L'assistant-chimiste, le Dr Jules Chopin, a analysé plusieurs échantillons de l'eau de Montréal ; le résultat en est donné dans le tableau suivant :

(Les résultats sont calculés en millièmes.)

No	Provenance de l'échantillon.	Date.	Ammoniaque		Azote en ammoniacque albuminoïde.	Oxygène absorbé à 100° C.	Chlore des chlorures.	Acide nitrique des nitrates et nitrites.		Résidus.	
			Total.	libre.				Fixe	Volatile.		
1	Eau de Montréal prise au cabinet de laboratoire du Conseil d'Hygiène	8 janv. 1899	0.163	0.020	0.143	Pas déterminé	3.5	0.087	29	44	
2		8 mars "	0.220	0.040	0.180	11.5	3.75	Pas déterminé	54	48	
3		21 mars "	0.210	0.075	0.135	11.	3.2	0.090	53	35	
4		28 mars "	0.170	0.050	0.120	12.	3.5	0.114	Pas détermin.		
5		5 avril "	0.344	0.144	0.200	11.	3.5	0.100	"	"	
10	76 rue St-Gabriel.	10 avril "	0.150	0.060	0.090	11.5	2.5	0.112	"	"	
15		18 avril "	0.112	0.047	0.065	15.	Pas déterminé	Pas déterminé	"	"	
16		29 avril "	0.230	0.080	0.150	12.5	1.3	0.130	"	"	
17		10 mai "	0.170	0.050	0.120	12.4	2.	0.200	"	"	
19		31 mai "	0.124	0.024	0.100	10.2	Pas déterminé	Pas déterminé	"	"	
6	Sherbrooke (puits)	... janv. "	0.330	0.080	0.250	.....	18.	0.80	"	"
7		... janv. "	0.425	0.100	0.325	.....	12.	0.166	"	"
8		Lacolle (glace).....	0.430	0.160	0.270	.....	2.13	0.030	"	"
13		Sherbrooke (puits).....	0.150	0.017	0.133	Pas déterminé	33.	0.125	"	"	
14		Ste-Anne des Plaines (puits).....	0.343	0.093	0.250	"	9.5	0.090	"	"	
18	Trois-Rivières (puits).....	0.117	0.051	0.066	12.5	2.	0.088	11	23		

A la suite de ces analyses, renouvelées à plusieurs reprises, on comprend que le chimiste ait jugé à propos de dire dans son rapport: "D'après les résultats de l'examen de l'eau qui approvisionne la cité de Montréal, je n'hésite pas à recommander au Conseil d'engager la corporation de la cité à avoir un système de filtration."

Ce ne serait que justice.

L'antiseptie chez le barbier.

Le Dr Johnston, après avoir fait des recherches à la demande du président de l'association des barbiers de la province de Québec, est arrivé à la conclusion qu'une soucoupe contenant de la formaline et laissée dans un tiroir ou une armoire pendant 15 minutes suffit à désinfecter les instruments polis : rasoirs, tondeuses, peignes. De plus, en ajoutant du sublimé à la pâte dont on se sert pour préparer les cuirs à repasser les rasoirs,

on ne détériore pas l'acier de ces derniers. Les brosses à cheveux sont beaucoup plus difficiles à stériliser, à cause de la résistance qu'oppose aux désinfectants la matière grasseuse qui s'y trouve. Il est absolument nécessaire, pour obtenir de bons résultats, de laver ces brosses dans de l'eau de savon chaude, ou dans de l'eau et du soda. On les désinfecte ensuite.

La désinfection, dit le Dr Johnson, ne remplace pas tout, comme semble le croire certains barbiers ; son emploi doit être un accessoire à l'usage du savon et de l'eau chaude. Il faut bien aussi se rappeler que l'immersion momentanée d'un rasoir ou d'une tondeuse dans une solution de sublimé au 1000e, immédiatement avant de s'en servir, est inutile ; il faut que l'immersion dépasse dix minutes pour donner un peu de sécurité.

Le Dr Johnston constate avec satisfaction qu'en général " l'usage de la désinfection chez les barbiers semble augmenter."

L'hygiène des laiteries.

Voilà un sujet auquel on ne saurait apporter trop d'attention dans un pays agricole comme le nôtre, où l'industrie laitière est en train de prendre une extension assez considérable, surtout en face de cette affirmation du bactériologiste, qui dit dans son rapport que " dans la province de Québec, le nombre des laiteries convenablement aménagées est actuellement très limité."

Il va de soi qu'il est important en premier lieu, si l'on veut éviter la propagation des maladies par le lait et ses produits alimentaires, que l'installation des laiteries soit faite d'une manière convenable, afin de donner toutes les garanties voulues de sécurité. Après avoir visité un certain nombre de laiteries, au Canada et aux États-Unis, le Dr Johnston constate que " dans tout établissement bien tenu, on considère comme choses essentielles, en outre de l'aménagement de locaux convenables pour les animaux, de l'inspection hygiénique des bâtiments et de l'examen du bétail au point de vue de la tuberculose, etc., ce qui suit : 1° Bâtiment entièrement séparé pour la laiterie ; 2° un service d'eau ; 3° de la vapeur pour les purifications." Il serait important que les associations d'industrie laitière de la province fussent mises au courant de ces desiderata, afin qu'elles puissent se conformer aux exigences de l'hygiène à ce sujet. Ainsi, le Dr Johnston dit expressément qu'il est facile de stériliser les chaudières, bouteilles, etc., " si l'on peut se procurer de la vapeur, autrement c'est impossible ; de sorte qu'une laiterie qui n'est pas pourvue de vapeur ne peut jamais passer pour un établissement de première classe." Il y a donc là un point important à surveiller.

Il en est de même des précautions à prendre pour filtrer le lait afin de le débarrasser des germes qu'il peut contenir. Le lait en général est contaminé après la traite par les poussières et les malpropétés avec lesquelles il vient en contact, et le coulage ordinaire, ou l'élimination par force centrifuge dans un séparateur, ne sont pas suffisants. Suivant le Dr Johnston, " on attache beaucoup d'importance au passage ou plutôt au filtrage du lait à travers deux pouces

de coton absorbant plié entre un double de toile à fromage. Le coton absorbant ne chasse pas les microbes eux-mêmes, mais il retient les particules de matière étrangère qui en sont les véhicules, et c'est ainsi qu'il purifie le lait."

Le Dr Johnston ajoute : "Le prompt refroidissement du lait empêche le développement des microbes qui peuvent rester, et le lait frais a même un certain pouvoir destructeur sur les germes lorsqu'il est conservé à basse température. · Donc, s'il est promptement refroidi et maintenu à une température au-dessous de 40° F. jusqu'au moment de la distribution, on peut obtenir un lait pratiquement aussi exempt de microbes que s'il avait été pasteurisé. et il peut alors se conserver en glacière, sans détérioration, pendant une à deux semaines."

Il va sans dire que "l'usage des préservatifs chimiques quelconques est des plus répréhensibles, car ils rendent le lait des plus difficile à digérer, sans être assez forts pour assurer la destruction des microbes pathogènes."

Diplômes d'hygiène publique.

Le Dr Johnston signale les cours d'hygiène publique organisés dans les Universités, et y voit un moyen pour le personnel des bureaux d'hygiène de se qualifier sur toutes les questions qui concernent leur emploi.

A ce propos, le numéro de février du *Montreal Medical Journal* nous donne le programme du cours spécial qui a été inauguré à l'Université McGill cet hiver.

1° Six mois d'enseignement au laboratoire sur la bactériologie et la chimie sanitaires, ainsi que sur la pathologie comparée des maladies contagieuses ;

2° Six mois d'étude pratique des inspections sanitaires, faites en rapport avec un bureau d'hygiène ;

3° Cours de loi sanitaire et d'hygiène appliqué au génie civil ;

4° Cour clinique sur le diagnostic et le traitement des maladies contagieuses.

Les professeurs sont : MM. les Drs Ruttan, Adami, Wyatt Johnston et Louis Laberge. Un diplôme de capacité sera donné à la fin du cours. On pourra suivre, si l'on veut, des cours spéciaux, les inspections, etc., et se faire qualifier sur ces cours par un certificat *ad hoc*.

Les statistiques.

De l'intéressant et volumineux rapport fourni par le compilateur des statistiques, le Dr Paul-Emile Prévost, nous extrayons les quelques chiffres suivants :

La population de la province de Québec est, pour 1898, de 1,690,064, soit 63,195 de plus qu'en 1897. Il y a eu durant l'année 10,788 mariages, soit une augmentation de 497, et 60,345 naissances; c'est-à-dire 1,912 de plus qu'en 1897. Par contre, il y a eu 2,416 décès de moins, soit 31,871. C'est un fait très encourageant pour

l'avenir que, dans les 35 comtés canadiens-français de la province, la natalité double la mortalité :

Années.	Population.	Naissances.	Décès.	Taux de la natalité.	Taux de la mortalité.
1895	643,358	28,322	14,275	44.02	28.18
1896	658,756	28,615	13,977	43.43	21.21
1897	660,150	29,798	15,879	45.13	24.05
1898	662,087	29,759	14,562	44.94	21.98

Le tableau suivant démontre ce fait important, admis d'ailleurs sans conteste, que l'augmentation naturelle de la population dans notre province est plus élevée que dans n'importe quel autre pays du monde :

COMPARAISON DES TAUX DES NAISSANCES ET DES TAUX DES MORTALITÉS, PAR 1000 DE POPULATION, DANS DIFFÉRENTS PAYS.

PAYS	Naissances.	Décès	Augmentation naturelle.
Angleterre 1896.....	29.2	17.1	12.1
France "	22.7	20.2	2.5
Irlande "	23.6	16.6	7.0
Italie..... "	35.0	24.2	10.8
Allemagne..... "	36.3	20.8	15.5
CANADA.			
Ontario..... 1897.....	20.9	12.2	8.7
Québec..... 1898.....	35.70	18.85	16.85
ÉTATS-UNIS.			
Maine..... 1896.....	22.23	16.07	3.16
Connecticut..... 1897.....	24.9	17.5	7.4
Massachusetts..... 1896.....	27.0	19.0	8.0
Rhode Island..... "	25.7	19.6	6.1

Le Dr Prévost constate que la tuberculose exerce des ravages considérables dans la province de Québec. Elle a causé, en 1898, 2876 décès, et dans les centres où la population est plus dense, comme à Montréal et à Québec, le taux de la mortalité par tuberculose est de 10.61 et de 10.59 ; il est de 8.41 dans la province. " Si l'on envisage sérieusement cette question, dit le Dr Prévost, une pensée humanitaire naît dans l'esprit, celle de favoriser, par tous les moyens possibles, et la guérison des tuberculeux et la protection des

membres encore sains de leurs familles, par l'établissement de sanatoria subventionnés et soumis à un contrôle sévère et dirigés par des personnes compétentes."

Espérons que le comité d'initiative pour la prophylaxie de la tuberculose, qui s'est formé récemment, réussira dans son œuvre.

A. LUTAUD. — *Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale*. (Nouvelle édition entièrement refondue, contenant la technique opératoire complète. Un fort volume in-8 de 730 pages et 607 fig. Paris, Maloine, éditeur).

Ce volume vient à point pour résumer les notions modernes que doit avoir le praticien sur la gynécologie. Il tient une place moyenne entre les simples *mementos* et les gros traités publiés pendant ces dernières années.

Mais, ce qui caractérise ce nouveau *Manuel*, c'est le soin apporté par l'auteur à la description de la *technique*, non seulement des grandes opérations abdominales, mais des interventions plus modestes, *abordables par tous les praticiens*.

"Je me suis surtout attaché, dit l'auteur, à faire connaître les opérations accessibles à l'immense majorité des médecins.

C'est ainsi que je n'ai épargné aucun détail relatif à la *petite chirurgie*, à l'*asepsie*, au *choix des instruments*, aux *positions* et *explorations gynécologiques*. Au risque d'être prolix, j'ai tenu à faire connaître l'arsenal gynécologique moderne que nos fabricants français ont porté à un degré de perfection qui n'a jamais été égalé à l'étranger.

Les *opérations autoplastiques* (Périnéorrhaphies, Colporrhaphies, etc.), qui sont aujourd'hui à la portée de tous les praticiens, ont été décrites avec minutie et accompagnées de nombreuses planches.

J'ai encore donné de plus grands développements à la description et surtout au *traitement mécanique des déplacements utérins*.

Une expérience de plus de vingt années m'a appris, qu'on peut souvent, avec un pessaire approprié, corriger les déviations les plus graves pour lesquelles l'hystérectomie avait été conseillée. Le plus modeste médecin de campagne doit, dans ces cas, rendre les mêmes services que le maître le plus illustre.

Il en est de même pour le *vaginisme*, la *stérilité*, les *affections inflammatoires et infectieuses de la vulve du vagin et de l'utérus* dont la thérapeutique est rarement opératoire."

Mais, si l'auteur s'est attaché à conserver à la thérapeutique médicale et non opératoire l'importance qu'elle comporte, il a tenu à faire figurer dans cet ouvrage la technique des interventions les plus récentes et les plus audacieuses. C'est ainsi que de nouveaux chapitres sont consacrés la *grossesse extra-utérine et à son traitement chirurgical*, à l'*hystérectomie subtotale appliquée au cancer utérin*, aux *traitements des suppurations pelviennes*, etc.

Les méthodes opératoires les plus récentes de Segond, de Doyen, de Kelly, de Pozzi, de Ricard y sont nettement exposées.

FORMULAIRE

TUBERCULOSE PULMONAIRE.

R Créosote.....	}	à 5 centigrammes
Iodoforme.....		
Poudre de benjoin.....		
Baume de tolu.....		

Pour une pilule—(pilules capsulées ou dragéifiées).

Sig. Quatre par jour.

TUBERCULOSE PULMONAIRE—(Cachets).

R Créosote de hêtre.....	10	grammes
Phosphate de chaux.....	40	—

Pour 40 cachets.

Sig. Prendre un cachet au milieu de chaque repas.

IDEM.—(Lavement).

R. Huile d'olive.....	300	cent. cub.
Créosote pure.....	30	grammes
Laudanum de Sydenham.....	3	—

Sig. Deux cuillerées à bouche dans un verre d'eau froide, et ajouter un jaune d'œuf.

IDEM.

Tartre stibié.....	5	centigr.
Extrait de réglisse.....	Q. S.	

Pour 20 pilules dont on prend 3 ou 4 par jour.

Le tartre stibié abaisserait la température, décongestionnerait le poulmon lors des poussées fébriles. Aussi la poudre de Dover, 8 à 10 grammes en cachets.

PHTISIE.—Insomnie et toux.

R Teinture de belladone.....	2	drachmes
Sirop de scille.....	2	onces
Sulfate de morphine.....	1	grain
Sirop de tolu.....	Q. S. ad	4 onces

Sig. Une cuillerée à thé le soir au coucher—répétée au besoin.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef. - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, AVRIL 1900

COURRIER DES HOPITAUX

HÔPITAL NOTRE-DAME

Par A. ETHIER, Médecin Interne.

A quelle dose donneriez-vous l'huile de croton comme purgatif? Telle était la question posée par un professeur interrogeant un élève pour son examen final. Et l'élève de répondre sans hésitation : une cuillerée à soupe. Six mois plus tard ce même élève ayant été plus heureux dans ses réponses on le jugeait *dignus intrare in nostro corpore*. Ceci se passait il y a quelques années.

Mais aujourd'hui la médecine et la tolérance de nos patients ont fait de tels progrès que, si j'étais appelé aujourd'hui à faire subir des examens aux étudiants actuels, je ne sais pas si j'aurais le courage de renvoyer à six mois un élève qui me donnerait une telle réponse Et en voici la raison.

Depuis douze ans je suis assiduellement les leçons données par mes maîtres dans les salles de l'Hôpital Notre-Dame et jamais je n'avais vu prescrire l'huile de croton à plus forte dose que deux gouttes par voie stomacale et quatre à cinq gouttes par voie rectale. Or ces jours-ci, nous avons eu l'occasion de rencontrer un malade chez lequel l'interne avait essayé, sans succès, plusieurs potions médicamenteuses pour agir sur le tube intestinal. En dernier lieu il prescrit un lavement dans lequel il fait entrer cinq gouttes d'huile de croton. La muqueuse intestinale dédaigne encore de répondre à cet assaut. Ce n'est que le lendemain, après de nouvelles tentatives que l'on obtient un résultat satisfaisant.

Ce même jour l'ambulance était demandée en toute hâte pour un individu que l'on disait s'être empoisonné avec de l'huile de croton.

Un Syrien, âgé de 41 ans, accusait des douleurs de poitrine. Il consulte un médecin qui lui donne deux prescriptions. Portées chez un pharmacien, celui-ci remet au client deux bouteilles, l'une de huit onces contenant une potion à prendre toutes les deux heures et l'autre d'environ quatre drachmes contenant deux drachmes d'huile de croton pour faire une embrocation de deux heures en deux heures.

De retour à la maison, la femme de notre individu qui veut, en bonne épouse, remplir le rôle de garde-malade, se met en frais d'administrer à son homme les remèdes prescrits. Mais malheureusement elle commet une grave erreur. Au lieu de prendre la grande bouteille de huit onces pour lui donner une cuillerée à thé de son contenu, tel que prescrit, elle prend la bouteille contenant l'huile de croton et lui en administre une drachme.

Peu d'instants après le patient accuse de fortes douleurs et aussitôt on reconnaît l'erreur fatale. Transporté immédiatement on fait ingurgiter à la victime une bonne quantité d'huile d'olive pour diluer d'autant l'huile de croton. Déjà le malade avait commencé à restituer. Après plusieurs vomissements on fait de grands lavages de l'estomac. Au même moment le malade est pris de coliques intestinales et court à la garde-robe. Durant la veillée et une partie de la nuit il ne compte pas le nombre des selles passées, mais il les trouve suffisantes pour une bonne purgation.

Pour calmer les douleurs intestinales et stomacales, on prescrit : teinture d'opium, puis bismuth et cocaïne. Enfin le malade étant déprimé on le stimule avec strychnine.

La seconde partie de la nuit se passe sans complication, et dix-huit heures après son entrée notre individu retourne avec les siens n'accusant que peu de cuisson le long du tube digestif et de prostration générale. Nous lui avons recommandé de ne pas continuer ce purgatif violent.

N'est-ce pas confrères que dans un cas extrême..... Non, vous ne tenteriez pas l'expérience, j'en suis certain, et moi non plus.

Cependant il faut l'avouer, les constitutions d'aujourd'hui sont beaucoup plus tolérantes que celles d'autrefois.

Un confrère me disait il y a quelque temps qu'il avait sous ses soins un patient qui était rendu à prendre 60 grains de morphine durant les 24 heures. N'est-ce pas énorme ? Et cependant son système tolérait de telles doses.

Des étudiants fortunés sous le rapport de cas rares ce sont ceux de cette époque. Le lendemain de l'accident relaté plus haut, le hasard leur fournissait un des cas les plus rares que l'on rencontre en chirurgie, surtout dans une clientèle privée.

Dans la soirée une voiture de patrouille nous transportait ici un homme de 55 ans que l'on avait trouvé gisant dans une ruelle. Qu'était-il arrivé à ce pauvre diable ? Aucun témoin pour en faire le récit. Et lui-même ayant sacrifié sa raison en holocauste au dieu Bacchus ne peut nous en donner le moindre détail.

En procédant à un examen général, on ne constate aucune lésion appréciable, à l'exception d'une proéminence assez notable dans l'aîne gauche. Au palper cette bosse donne la sensation d'une masse dure sans fluctuation ni mobilité pouvant faire soupçonner une adénite indurée ou suppurée.

En faisant une comparaison entre les deux membres inférieurs on voit que les rapports symétriques existant normalement entre ces deux membres ne sont plus. En effet, le membre inférieur gauche est moins long que le droit et de plus la jambe et le pied sont dans l'abduction et le malade ne peut les ramener en dedans.

Avec les mouvements passifs imprimés au membre malade, on reconnaît que cette proéminence dans l'aîne n'est autre chose que la tête du fémur sortie de sa cavité, et logée au-dessus du pubis. Il y a en plus applatissement de la fesse avec dépression trochantérienne et élévation du pli fessier du même côté. Enfin nous sommes en présence d'un cas nous offrant tous les symptômes classiques d'une luxation coxo-fémorale, variété antérieure sus-pubienne ou iléo-pubienne.

Le malade étant sous l'influence des alcools et n'accusant pas de douleurs, nous remettons la réduction au lendemain matin pour en faire bénéficier les élèves. Bonne nuit

Le lendemain matin le patient est transporté à l'amphithéâtre devant les étudiants et après une de ces bonnes cliniques pratiques de notre maître en chirurgie, le Dr Brosseau, le malade étant anesthésié profondément, on tente à plusieurs reprises et sans succès la réduction du membre luxé. On emploie d'abord le procédé de douceur, puis la violence, mais la tête du fémur ne se déplace pas. Enfin, après beaucoup d'efforts on obtient, d'une luxation antérieure une luxation postérieure. A ce moment, le Dr Brennan, qui venait de se joindre à nous, par une habile manœuvre renvoie instantanément la tête du fémur dans sa cavité cotyloïdienne.

Depuis le malade est laissé au repos et aucune complication n'est encore survenue.

Il y aura bientôt douze années que je suis attaché à l'Hôpital Notre-Dame, comme étudiant et comme interne, de plus, j'ai déjà eu l'occasion de fréquenter plusieurs hôpitaux de New-York ainsi que le Post-Graduate et la Polyclinique, et jamais je n'avais eu l'occasion de rencontrer cette variété de luxation. Voilà pourquoi j'ai cru qu'il serait de quelque intérêt de rapporter ce cas-ci.

Quant à la variété des luxations postérieures, ma position d'interne ici, m'a permis d'en rencontrer quatre cas dont je me rappelle assez les détails. Le dernier cas surtout m'est resté gravé dans la mémoire. C'était un homme d'environ 36 ans, bûcheron de son métier. Un jour en abattant un arbre il veut finir et est frappé à la cuisse gauche. Il eut une luxation iliaque postérieure. Plusieurs médecins appelés aussitôt tentent une réduction en employant la violence de toutes manières, mais ils échouent.

Transporté ici huit jours plus tard, le malade étant sous le chloroforme, à la première tentative je réduis la luxation sans la moindre résistance, par la méthode de douceur. Trois semaines plus tard mon patient laissait l'hôpital guéri sans la moindre complication.

Quelques jours seulement avant que la bonne fortune nous fournisse ces deux derniers cas, nous avions été favorisés, nous les internes, d'une autre variété encore assez rare.

J. D..., 36 ans, ouvrier-chapentier de son métier, fait une chute d'environ quarante pieds de hauteur. Il nous dit être tombé sur les mains et les pieds. À l'examen nous constatons une forte déformation du pied droit. Les os des métatarses sont luxés en haut, sur les os du tarse. Les tissus et les ligaments sont fortement tendus et le patient accuse beaucoup de douleurs au moindre mouvement qu'on imprime au membre. On tente une réduction sans anesthésique, mais on échoue. Une fois sous le chloroforme nous avons encore beaucoup de mal à pratiquer la réduction. Pour la maintenir on met le pied sur une planchette postérieure à angle droit. Après quelques jours cette attelle est enlevée. Le gonflement étant disparu, on soumet ce pied aux rayons X et l'on s'aperçoit que la réduction n'est pas complète. Est-ce un nouveau déplacement qui se serait produit lorsqu'on a enlevé la planchette? Dans tous les cas le malade est anesthésié de nouveau et cette fois la réduction est parfaite. Immobilisation nouvelle. Le patient est encore sous traitement.

Mars, 1900.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES BILLS MÉDICAUX A QUÉBEC.

Il y a longtemps que les médecins de la Province de Québec n'avaient suivi avec autant d'intérêt les comptes-rendus de la Chambre. C'est qu'on y a débattu des questions qui offraient pour nous une importance de premier ordre. Allait-on, sur la demande de M. Tellier, député de Joliette, autoriser les charlatans à exercer leur métier impunément dans la province? Quelqu'incroyable que cette affirmation puisse paraître, il s'en est fallu de bien peu que la chose ne devienne un fait accompli. Allait-on, sur la demande de M. Roy, député de Kamouraska, admettre d'un seul coup dans la profession, sans aucune formalité, sans examen, sans bill privé les sans brevet d'avant 1896 demeurant dans la province? On a pu le croire un instant. Puis, à côté de ces deux tentatives inouïes de défranchiser la profession médicale, il y avait le bill du Bureau des Gouverneurs, réformant notre loi électorale, bill demandé par la profession elle-même et qui n'a d'autre but, celui-là, que de lui donner son affranchissement. La profession, on le voit, a rarement passé par une période législative aussi importante.

Le Bill Tellier.

C'est un fait bien connu de nous tous que les charlatans ont, parmi les classes dirigeantes de la société, des protecteurs et des amis; et parmi les classes dirigeantes de la société, nous avons surtout en vue le clergé, la magistrature et le barreau, c'est-à-dire non les moins instruites. Sans vouloir analyser le côté psychologique de la question, et nous rendre compte du pourquoi de cette crédulité, que la maréchale d'Ancre expliquait par l'influence d'un esprit fort sur un esprit faible, il faut bien admettre que le fait est indéniable. Ce qui vient de se passer à la législature de Québec n'est qu'une preuve de plus à ajouter aux autres. Seulement, et il ne faut pas nous y tromper, jamais la démonstration n'avait été portée aussi loin, et les conséquences en auraient pu être désastreuses pour nous.

Si vous voulez bien jeter un coup d'œil sur les Statuts Refondus de la province de Québec, vous y lirez, au chapitre concernant les médecins et chirurgiens, l'article suivant, dont nous donnons les deux premiers paragraphes :

3998. Toute personne n'ayant pas le droit d'être enrégistrée dans cette province, qui est convaincue sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, d'y avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, en contravention aux dispositions de la présente loi, soit à gages, soit pour argent, marchandises ou effets généralement quelconque, ou dans l'espérance de recevoir quelque argent, marchandise ou effet, dans l'espérance d'une récompense, ou qui est récompensée d'une manière quelconque pour avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, encourt une pénalité de cinquante piastres.

2. Une pénalité *semblable* de cinquante piastres est encourue par toute personne qui assume le titre de docteur, de médecin ou de chirurgien, ou tout autre nom qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans cette province, si elle ne peut établir ce fait par une preuve légale, ainsi que voulu par la présente section et les autres lois du pays.

Le premier paragraphe de l'article 3998, on le voit, rend passible d'une amende de cinquante piastres toute personne (lisez charlatan) qui, sans y être autorisée (c'est-à-dire sans avoir les qualifications voulues) est convaincue d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique soit à gages, soit dans l'espérance d'une récompense. Cette loi, on en conviendra, protège encore plus le public que la profession, puisqu'elle impose une pénalité à toute personne qui pratique la médecine sans l'avoir étudiée.

Or, voici ce que demandait M. Tellier. Son projet de loi était très court :

Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la législature de Québec, décrète ce qui suit :

1. Le premier paragraphe de l'article 3998 des Statuts Refondus est abrogé.

2. Le paragraphe 2 du même article est amendé en retranchant dans la première ligne le mot *semblable*.

3. La présente loi entrera en vigueur le jour de sa sanction.

C'est-à-dire que M. Tellier, en abrogeant le premier paragraphe de l'article 3998, demandait que toute personne non qualifiée put pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, soit à gages, soit dans l'espérance, etc... et cela sans encourir aucune pénalité. Cependant, il voulait bien laisser subsister le paragraphe 2, et le

charlatan devenait passible des rigueurs de la loi s'il prétendait être médecin, chirurgien ou accoucheur. Il n'avait qu'à dire : *Je suis charlatan*, comme dans Molière, pour jouir d'une impunité complète.

C'est incroyable, mais c'est ainsi. Et remarquez que M. Tellier n'est pas le premier venu ; c'est un avocat, député, frère de juge, qui a demandé ainsi à la Chambre de légaliser la position des charlatans. Ceci va donner une fière opinion de nous à l'étranger.

Le bill Tellier, présenté comme *bill d'utilité publique*, n'avait pas été annoncé dans les journaux, ni dans la *Gazette Officielle*. Ce n'est que par le compte-rendu de la Chambre, lors de la première lecture, que le Bureau des Gouverneurs en eut connaissance. A ce moment, il y avait déjà un grand travail de fait, et ce bill, adopté en première et seconde lecture, fut renvoyé au comité de législation. C'est devant ce comité que le Président du Collège des Médecins, assisté du registraire ainsi que des autres officiers et gouverneurs résidant à Québec vint plaider la cause du bon sens, et prier nos législateurs de ne pas légaliser le charlatanisme dans la province. Le bill fut renvoyé mais par une voix de majorité seulement (5 contre 4).

M. Tellier propose alors en amendement que le premier paragraphe de l'article 3998 fut modifié en disant que l'amende imposée, en aucun cas, ne dépasserait cinquante piastres. Cet amendement fut adopté par le comité. Il renfermait, sous son apparence bénigne, un danger considérable. En effet, c'était laisser au juge le pouvoir de fixer l'amende, et celui-ci restait dans la légalité du moment qu'il imposait une amende ne dépassant pas cinquante piastres ; c'est-à-dire qu'il pouvait, s'il avait la moindre sympathie pour le charlatan trouvé coupable, le condamner à payer au Collège des Médecins une somme insignifiante, disons deux sous, ou cinquante sous. Le Collège des Médecins, ainsi privé des cinquante piastres, lorsqu'il gagne sa cause, se serait trouvé dans une piètre position pour soutenir les frais de poursuite ; il lui aurait fallu forcément y renoncer pour ne pas épuiser inutilement sa caisse. Car c'est un fait connu que le Collège des Médecins, quand il poursuit un charlatan, perd sa cause trois fois sur cinq, et que le juge ne lui donne gain de cause que lorsqu'il ne peut faire autrement. On voit où l'amendement de M. Tellier nous aurait menés. Heureusement que le Conseil Législatif a tué définitivement ce projet de loi insensé, qui n'avait d'autre but que de protéger l'ignorance et donner libre cours à l'exploitation de la crédulité publique.

Le Bill Roy.

On se rappelle qu'en 1898, voulant mettre fin à tous les bills privés que des médecins sans brevet ou sans licence présentaient chaque année, la législature de Québec avait adopté la loi Pinault. Cette loi disait :

“ Attendu qu'il y a actuellement dans les universités de cette province près de deux cents élèves qui ont commencé à suivre les cours de médecine avant d'avoir obtenu le brevet les admettant à l'étude de la médecine ;

“ Attendu que le défaut d'avoir été admis régulièrement à l'étude de la médecine les expose à perdre le bénéfice de plusieurs années d'études médicales ;

“ A ces causes, Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la législature de Québec, décrète ce qui suit :

“ 1. Nonobstant l'article 3978 des Statuts Refondus, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec est autorisé à admettre à la pratique les étudiants en médecine qui, au 1er novembre 1896, avaient commencé à suivre les cours de médecine dans une université, dûment constituée en corporation, de la province de Québec, avant d'avoir obtenu le brevet les admettant à l'étude de la médecine, et à leur accorder la licence requise pour la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique dans cette province, après avoir subi les examens requis *pour l'admission à l'étude et pour l'admission à la pratique.*”

D'après cette loi, tout médecin ayant commencé ses études avant 1896, mais n'ayant pas obtenu, pour une raison ou pour une autre, son brevet, pouvait se faire donner immédiatement sa licence en subissant devant le bureau les examens requis pour le brevet et pour licence. M. Roy trouve que cette loi est encore trop sévère pour les médecins qui désirent obtenir la licence, qui sont prêts à subir les examens sur les sciences médicales, mais qui ont depuis longtemps perdu de vue les matières portées au programme de l'examen préliminaire. Partant de cette base que ces médecins, capables de soutenir d'une manière suffisante un examen de médecine, ne pourraient pas dans bien des cas passer un examen un peu sévère sur les mathématiques, le latin ou l'histoire, M. Roy proposait de supprimer pour eux cet examen d'admission à l'étude de la médecine.

Son projet de loi était ainsi conçu :

“ Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la législature de Québec, décrète ce qui suit :

“ 1. La section 1 de la loi 61 Victoria, chapitre 31, est amendée en retranchant, dans la onzième ligne, les mots *pour l'admission à l'étude et.*

" 2. Le présent amendement n'aura d'effet qu'en ce qui concerne les étudiants ou porteurs de diplôme de docteur en médecine qui résideront dans la province lors de son entrée en vigueur.

" 3. La présente loi entrera en vigueur le jour de sa sanction."

Cette loi fut aussi présentée sans avis officiel, comme loi d'intérêt public, et le Collège des Médecins n'en eut connaissance que lors de la troisième lecture. Il s'y opposa immédiatement, c'est au Conseil Législatif qu'il dût s'adresser; car cette loi, sans avoir les tendances malsaines de la loi Tellier, ouvrait toute grande la porte de la profession médicale aux candidats refusés à l'examen du brevet pour incapacité, et contribuait par conséquent dans une certaine mesure à rendre ce brevet inutile et à créer une injustice grave envers ceux qui s'étaient conformés à toutes les exigences de la loi.

M. Rey consentit alors à modifier la clause 1 de son bill de manière à maintenir l'examen d'admission à l'étude, mais en même temps à donner au Collège des médecins le pouvoir de ne pas exiger cet examen, quand il le jugera à propos. La première clause modifiée se lit comme suit :

" 1. La section 1 de la loi Victoria, chapitre 31, est amendée en y ajoutant l'alinéa suivant :

" Néanmoins le dit Collège pourra, chaque fois qu'il croira que les circonstances le justifient d'en agir ainsi, exempter tout tel étudiant de l'examen requis pour l'admission à l'étude."

C'est simplement un pouvoir de plus ajouté à la loi Pinault, mais qui reste sous la complète autorité du Collège des Médecins. Cette loi ainsi modifiée a été adoptée sans opposition. L'examen du brevet est maintenu, mais le Collège pourra faire une exception quand elle sera justifiée par les circonstances.

Le bill électoral.

Ainsi que nous l'annoncions dans notre dernier article, le bill du Collège des Médecins, amendant la loi électorale pour les élections des gouverneurs, a été adopté par la Chambre sans amendement. Le Bureau a donc rempli la promesse faite à la profession en 1898, et le système des procurations a vécu. Désormais la profession libre de tout contrôle, votera au bulletin libre, et chaque district indépendant de la province, élira seul son gouverneur. Le nouveau Bureau nous a obtenu ce que la profession demandait depuis si longtemps : la franchise électorale.

La nouvelle loi, très détaillée, est beaucoup trop longue pour que nous songions à la reproduire en entier. Nous nous contenterons

bulletins et documents au registraire. Au cas d'égalité de votes, l'officier-rapporteur pourra donner un vote prépondérant ; autrement il ne votera pas. Le registraire, ayant vérifié la votation de chaque district, enverra un avis officiel de son élection à chaque candidat élu, et les candidats entreront en fonction à l'assemblée de septembre, qui aura lieu après les élections.

Tel est, brièvement résumé, le nouveau mode de votation. Ce sera un vote personnel, par écrit, chaque médecin votant pour le ou les candidats de sa division électorale. Un fait à noter, c'est qu'il n'y aura pas de candidature officielle. Ce sera aux médecins à s'intéresser eux-mêmes à la question.

Le nombre des gouverneurs éligibles est de trente-cinq, treize pour Québec (dont six pour la ville), seize pour Montréal (dont six pour la ville), trois pour Trois-Rivières et trois pour Saint-François. Les quatre universités de la province (Laval Québec, Laval Montréal, McGill, Bishop), élisent chacune deux représentants.

Voici la listes des vingt-sept divisions électorales de la province:

DISTRICT DE QUÉBEC.

- 1° Québec-Centre (3 gouverneurs).
- 2° Québec-Ouest, Québec-Est et St-Sauveur (3 gouverneurs).
- 3° Lévis et Lotbinière.
- 4° Montmorency, Québec et Portneuf.
- 5° Charlevoix, Chicoutimi et Lac St-Jean.
- 6° Beauce et Dorchester.
- 7° Bellechasse, Montmagny et l'Islet.
- 8° Kamouraska et Témiscouata.
- 9° Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure et les Isles de la Madeleine.

DISTRICT DE MONTRÉAL.

- 10° Montréal : divisions électorales No 1 et No 2 (2 gouverneurs).
- 11° Montréal : divisions électorales No 3 et No 4 (2 gouverneurs).
- 12° Montréal : divisions électorales No 5 et No 6 (2 gouverneurs).
- 13° Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier.
- 14° Terrebonne, Deux-Montagnes, Argenteuil, Laval.
- 1.° Ottawa et Pontiac.
- 16° Beauharnois, Chateauguay, Huntingdon, Soulanges et Vaudreuil.

- 17° Shefford, Brome, Missisquoi.
18° Saint-Jean, Chambly, Napierville, Iberville et Laprairie.
19° Saint-Hyacinthe, Bagot et Rouville.
20° Richelieu, Yamaska, Verchères.
21° Hochelaga-Est : comprenant les municipalités de la Pointe-aux-Trembles, de la Longue-Pointe, de la Rivière des Prairies, du Sault-au-Recollet, de la ville de Maisonneuve, du village de Lorimier, du village de la Petite Côte, de Saint-Léonard de Port-Maurice, de la ville de Saint-Louis, et les quartiers Hochelaga, Saint-Denis et Saint-Jean Baptiste, en la cité de Montréal.
22° Hochelaga-Ouest : le comté de Jacques-Cartier et toute cette partie du comté d'Hochelaga comprenant les municipalités de Verdun, de la ville Saint-Paul, la municipalité de la paroisse de la Côte Saint-Paul, des cités de Saint-Henri et de Ste-Cunégonde, les villes de Westmount, d'Outremont, de Notre-Dame des Neiges, de Notre-Dame de Grâce, et de Montréal-Ouest, et le quartier Saint-Gabriel de la cité de Montréal.

DISTRICT DE TROIS-RIVIÈRES.

- 23° Drummond, Arthabaska, Mégantic.
24° Cité des Trois-Rivières, comté de Champlain.
25° Saint-Maurice, Maskinongé, Nicolet.

DISTRICT DE SAINT-FRANÇOIS.

- 26° Le comté de Sherbrooke (2 gouverneurs).
27° Compton, Stanstead, Richmond, Wolfe.

Chacune de ces divisions électorales représente une moyenne de trente à quarante électeurs, approximativement. C'est le mieux que le Bureau a pu faire dans les circonstances, le principe de la représentation basée sur la population n'étant pas encore accepté par tous les districts.

BIBLIOGRAPHIE

MORAT et DOYON.—*Traité de physiologie*, par J. P. MORAT, professeur à l'Université de Lyon, et Maurice DOYON, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.—Vol. II (vol IV de la tomaisoin définitive) : *Fonctions de Nutrition* (suite et fin) ; *Respiration, Excrétion*, par J. P. MORAT ; *Digestion, Absorption*, par M. DOYON.—167 figures noires et en couleurs. Vol. in-8 de 580 pages. Prix: 12 francs.—Paris, Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, 1900.

Le second volume de l'excellent *Traité de Physiologie* publié par la librairie Masson vient de paraître, et sa publication confirme davantage l'importance de l'ouvrage. C'est une œuvre admirable, écrite avec une précision, une clarté toutes françaises. On n'y trouve pas ces longueurs qui rendent si fatigante la lecture de plus d'un traité connu. En peu de mots, les auteurs nous expliquent chaque point de physiologie traité, et tout ce qui en fait de science technique, d'expérimentation, confirme ces différents points est imprimé en un caractère différent, plus petit, et les instruments expliqués par des gravures. C'est un excellent système, qui permet au lecteur, après s'être rendu compte de ces expériences fondamentales en lisant une fois, de ne plus tenir compte, dans les lectures suivantes, que du texte principal donnant les principes physiologiques démontrés par l'expérience, et directement applicables aux notions courantes de pathologie générale. C'est ici surtout que le *Traité de Physiologie* est précieux pour le médecin, car les auteurs en ont tracé le plan sur une vue d'ensemble à la fois nouvelle et exacte, qui ne se contente pas d'exposer chaque chose au bon endroit, mais qui en fait voir les relations avec les notions déjà exposées, ce qui fait de l'ouvrage un véritable traité de physiologie *raisonnée*.

Ainsi prenez la respiration. Non seulement les auteurs décrivent la respiration pulmonaire (conflit entre l'air et le sang), mais ils nous expliquent encore, comme conséquence, la respiration générale (conflit entre le sang et les tissus) : oxydations intra-organiques, respiration des muscles, respiration cutanée et intestinale. La ventilation pulmonaire comprend un chapitre sur les *forces agissantes* (élasticité pulmonaire, muscles, nerfs moteurs), un autre sur les *résistances à franchir* (glotte, larynx, bronches, etc.) et les *bruits respiratoires*, un troisième sur l'*irrigation pulmonaire*, et enfin un dernier très important sur l'*automatisme respiratoire* et les *localisations nerveuses fonctionnelles*. Et ainsi de suite.

Les auteurs ont une méthode nouvelle, précise, raisonnée d'exposer la physiologie, et c'est un livre dont on ne pourra pas se passer si l'on veut se mettre au courant des progrès récents accomplis dans cette branche importante des sciences médicales.