

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:

Continuous pagination.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Stérothérapie, tubage et trachéotomie.—Deux ans d'expérience personnelle.—</i>	
<i>Résultats obtenus en pratique dans 70 cas de diphthérie, par J. L. ARCHAMBAULT, M. D., de Cohoes, N.-Y.....</i>	
NOTES DE CLINIQUE.	641
<i>La peau à l'hôpital Saint-Louis, par EUG. ST-JACQUES, M. D.....</i>	
REVUE DES JOURNAUX — MÉDECINE.	656
<i>Sur la consanguinité (LEFEBVRE).....</i>	
<i>Sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs de haute fréquence (APOSTOLI et d'ARSONVAL).....</i>	
<i>De la continuité de la vie comme base de la conception biologique, (VIRCHOW).....</i>	
<i>Mycosis du pharynx, (CHARLES A. PRÉVOST).....</i>	
CHIRURGIE.	661
<i>Traitement des hernies congénitales de l'enfance par les injections de chlorure de zinc. Technique opératoire, (LANNELONGUE).....</i>	
<i>Sur un nouveau mode de traitement du sac dans la cure radicale des hernies inguinales, (DUPLAY et CAZIN).....</i>	
	662
	664
	665
	668
	670

(Voir la suite, page 3.)

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

LISTERINE

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

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

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

Affections causées par la DIATHÈSE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

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

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

En écrivant mentionnez ce journal.

Dr J. LEDUC & Cie

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

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

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

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

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

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

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

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

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

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

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

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

	PAGES
<i>De l'incision lombo-iliaque dans le traitement des appendicites suppurées,</i> (GRINDA).....	671
<i>Sur un nouveau procédé d'arthrotomie et de résection de l'épaule,</i> (DUPLAY).....	672
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>De l'exploration externe, (LÉOPOLD, PINARD).....</i>	673
<i>Diagnostic de la grossesse masquée, (RÉMY).....</i>	673
<i>De la symphyséotomie, (VARNIER).....</i>	675
<i>De la putréfaction fœtale, (HERRGOTT).....</i>	677
<i>Avortement. Rétention du placenta dans la cavité utérine, (TARNIER)...</i>	678
REVUE D'HYGIÈNE.	
<i>Conférence des Conseils d'Hygiène de l'Amérique du Nord, tenue à Nash- ville, les 18 et 19 août 1897, (PELLETIER).....</i>	681
ART DENTAIRE.	
<i>Extraction des dents. Quand et comment, (DUBEAU).....</i>	685
FORMULAIRE.	
<i>Sciaticques rebelles.—Traitement de la métrite chronique.....</i>	688
<i>Traitement de la toux chez les phthisiques.—Épilepsie.—Poudre composée pour injections vaginales.—Pommade pour sondes.—Potion expecto- rante.....</i>	689
COURRIER DES HOPITAUX.	
<i>Hospice de la Maternité, par le Dr E. A. René de COTRET, professeur adjoint d'obstétrique</i>	690
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>Le dernier rapport du C. M. & C. P. Q. (Dr PAUL).....</i>	698
<i>Le Bureau des Gouverneurs et les Sociétés de bienfaisance.....</i>	701
BIBLIOGRAPHIE.....	703

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

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

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

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

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

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

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

H. J. CHAPMAN.

BIOSINE LE PERDRIEL

GLYCÉROPHOSPHATE DOUBLE

de Chaux et de Fer effervescent.

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

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

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

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATES EFFERVESCENTS

LE PERDRIEL

de Soude, de Chaux ou de Fer.

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

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

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

LE PERDRIEL & C^{ie}, PARIS

ERGOTINE YVON

Solution Titree d'Ergot

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

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

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

INDICATIONS PRINCIPALES :

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

ÉLIXIR YVON

Polybromuré

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

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

Dose : 3 à 12 grammes par 24 heures.

INDICATIONS

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

AVIS IMPORTANT

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

L'ÉLIXIR et L'ERGOTINE YVON

avec l'adresse : 7, rue de la Feuillade

YVON & BERLIOZ, Paris

Dépôts à MONTRÉAL : ARTHUR DÉCARY et dans toutes Pharmacies & Drogues

SE MÉFIER
DES
CONTREFAÇONS

EXIGER NOTRE
CACHET
DE GARANTIE

TRAVAUX ORIGINAUX

“SÉROTHÉRAPIE, TUBAGE ET TRACHÉOTOMIE.”

DEUX ANS D'EXPÉRIENCE PERSONNELLE.

Résultats obtenus en pratique privée dans 70 cas de diphtérie.

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

Si ce rapport peut offrir de l'intérêt et jouir de quelque valeur, ce sera par ce double fait que, depuis qu'il s'agit de sérothérapie, pas un cas de diphtérie ne s'est présenté à notre observation qui n'ait été traité par le sérum (moins un, Obs. LXIII), et qui n'ait été annoté, séance tenante, au lit du malade. Ces notes peuvent donc être considérées comme étant d'une exactitude rigoureuse, et comme comportant, dans chaque cas, une somme de renseignements aussi étendue qu'il était possible d'obtenir.

La méthode suivie s'est trouvée, dans les premiers cas, à répondre d'assez près au plan proposé par l'“American Pediatric Society” dans son projet d'une *enquête collective sur les mérites du sérum en pratique privée*; dans la suite, on s'est efforcé de faire en sorte qu'elle s'y conformât exactement et qu'aucune donnée ne fût négligée. Il a donc été facile d'envoyer à cette société, pour son “Premier Rapport,” fait à Montréal à sa 5ème assemblée annuelle (26 mai 1896), une analyse assez fidèle des cas alors traités. Une seconde analyse aurait dû suivre et parvenir à cette société au plus tard le 1er avril dernier, selon qu'elle en exprimait le désir, pour faire partie de son second et final rapport. Cette seconde analyse eut été plus considérable et plus importante tant par le nombre que par la valeur intrinsèque des cas; elle était en voie de préparation, elle ne fut pas terminée à temps.

Ce sera en quelque sorte, et en partie, réparer cette erreur que de donner ici cette série d'annotations. La rédaction en est plus étendue, plus complète, souvent accompagnée de commentaires que les faits ont paru justifier.

Ce sera de plus rencontrer le désir et céder aux sollicitations de plusieurs confrères, à qui nombre de cas, dans lesquels ils se sont trouvés associés, ont paru dépasser l'intérêt ordinaire.

Ce sera encore répondre à l'appel plus récent que devait faire monsieur le docteur A. Newsholme, à la 65ème réunion, à Montréal, de l'“Association Médicale Britannique”, dans son *plaidoyer en faveur d'une étude internationale de la diphtérie, avec des faits et des chiffres à l'appui*, plaidoyer que nous annonçait “L'Union Médicale,” dans son numéro de juin dernier.

Or, faits et chiffres, et chiffres appuyés sur des faits et ne valant et n'ayant de signification que par ces faits, c'est ce que nous nous sommes appliqué à établir.

D'abord isolés et arrivant de distance en distance, ces faits (c'est-à-dire ces observations) se sont tout à coup pressés et multipliés, grâce à l'épidémie dont notre ville a souffert au cours de l'automne 1896 et de l'hiver 1897. C'était pour nous—comme à Paris en l'hiver 1894—l'ÉPIDÉMIE ATTENDUE, qui allait nous permettre de juger par nous-même de l'excellence de la méthode.

Ces observations, qui sont rapportées dans leur ordre chronologique, se montent à 70. Disons tout de suite que sur ce nombre nous avons à enregistrer 9 décès, ce qui donne, comme chiffre de mortalité, à peu près 12.5 0/0. Voilà un résultat déjà très encourageant, puisque, dans une communication très récente, M. le professeur Richet établit la moyenne acceptée aujourd'hui à 15 0/0, et l'estime incomparable: "Les statistiques à cet égard sont absolument démonstratives; la mortalité, qui était de 45 pour cent dans la diphtérie, est tombée à 15 0/0 (Conférence à Montréal le 31 Août)." Et cependant, la suite le fera voir aisément, il y a surcharge dans nos estimés, et cette surcharge provient de ce que cette statistique comprend un nombre disproportionné, exceptionnel, de cas très graves, les mauvais cas dans la clientèle d'autres confrères venant, fréquemment, par consultation, se juxtaposer aux nôtres, alors que, naturellement, leurs cas ordinaires n'entraient pas en ligne de compte; par exemple, une foule de cas laryngés, treize de ce nombre nécessitant et recevant l'intervention opératoire. De sorte que, si l'on faisait abstraction de tous ces cas, ce pourcentage s'abaisserait du coup à 9.5 0/0.

Je le répète, hormis un (et il est dit pourquoi), tous ces malades furent traités au sérum. 29 cas le furent pendant le 1er jour; *1er groupe*. De ce nombre, 7 laryngés, dont 1 de moins de onze mois (obs. XVIII), et un autre de moins de dix mois (obs. XLVI). Ce dernier seul—croup d'emblée, diphtérie laryngée primaire,—requiert l'opération et... meurt. Mortalité, 1; guérison, 28; pourcentage, 3.5 0/0. Parmi les post-manifestations qu'accuse ce 1er groupe, nous comptons: 1 cas de stomatite ulcéreuse (obs. XVIII) survenant près d'un mois après le mal initial, et plutôt se rattachant à la dentition qu'à une infection par les grandes bactéries ou par le sérum; 1 autre de néphrite desquamative (obs. XXVI)—albumine et tubules—peu sérieuse et de peu de durée; et 2 cas de broncho-pneumonie (obs. XLVII et obs. XXXII), le second suivi de névrite multiple. Dans le dernier cas, la maladie initiale avait été si légère et les lésions locales si insignifiantes qu'on a été porté à se demander si ces complications presque furieuses en étaient bien la suite, ou si elles n'étaient pas plutôt imputables au sérum. Heureusement pour le sérum, le tube qui avait servi à ce malade avait laissé une balance qui fut, l'instant d'après, utilisée à traiter le cas suivant (obs. XXXIII): un enfant de seize mois, qui reçut comparativement un plus grand nombre d'unités que l'obs. XXXII, avec guérison étonnamment rapide et sans suite. Notons encore comme appartenant à ce groupe l'obs. XXXVI, unique en son genre: une diphtérie d'une indiscutable sévérité, heureusement injectée dans les 15 à 18 heures, évoluant d'une façon magistrale au cours d'une infiltration pneumonique non résolue, datant de deux mois et demi; la régression d'une maladie semble stimuler celle de l'autre, et l'enfant trouve le loisir de se porter si bien que de se casser la cuisse cinq mois plus tard.

2e groupe. Injectés le 2e jour, 13 cas ; mortalité, 2 ; pourcentage, 15.5 0/0. Ici, nous avons 4 cas laryngés, dont 1 opéré (obs. LI) et fournissant l'un des décès ; mais—fait beaucoup plus digne de remarque—nous avons dans ce groupe 2 *récidivistes* ! Irène C., 3 ans, qui fait les frais des obs. XXV et LVII ; croupée les deux fois ; trachéotomisée la première, le 19 novembre 1896, mais échappant au couteau quatre mois plus tard, grâce au sérum administré à temps cette fois. Triomphe de la science beaucoup supérieur au triomphe de l'art ! Caroline M., prise de diphtérie à 2 ans, le 24 mars 1896, obs. VI, reprise un an plus tard, le 28 mars 1897, (obs. LXI) ; sujet strumeux, toxémie intense les deux fois, mais tellement plus profonde la seconde qu'elle entraîne une dégénérescence galopante des reins et des centres nerveux, l'enfant succombant presque soudainement de paralysie cardiaque quand elle paraissait devoir s'éteindre graduellement dans le coma urémique.

3e groupe. Injectés le 3e jour, 7 cas ; mortalité, 2 ; pourcentage 28.5 0/0. L'un des décès, (obs. XXVIII), reconnaît pour cause la paralysie cérébrale, ayant son siège principal dans la capsule interne, vers l'origine du nerf vague ; l'autre, le croup. Sur ces sept cas, 3 en effet sont laryngés ; 1 opéré, obs. XXVII, guérison ; des 2 non opérés, l'un, 22 mois, obs. XVI, où l'opération était urgente et fut refusée, reçut en vain des doses massives de sérum, 5600 unités. Il faut l'avouer, rien n'aurait été de nature à plus ébranler la foi dans l'efficacité de la sérothérapie que cette obs. XVI, si on la rapproche de l'obs. XLVI, citée plus haut ; prises l'une et l'autre à temps, traitées l'une et l'autre *largâ manu*, que l'on désirait l'une et l'autre rattrapper avec une inexprimable ardeur. Heureusement que cette influence fut contre-balancée, et au-delà par la répétition interrompue des cas où la vertu du sérum fut aussi manifeste que consolante.

4e groupe. Injectés le 4e jour, 5 cas ; mortalité, 3 ; pourcentage, 60 0/0. Il ne fait pas bon d'être dans cette catégorie. Deux cas laryngés, opérés tous deux ; 1 guérison (obs. LIV), 1 insuccès (obs. L) ; ce dernier se réclamant d'une néphrite déjà en évolution lorsque le sérum et l'opération entrent en scène, et se terminant par une paralysie des premières voies, grâce à laquelle les liquides ingérés s'insinuent le long de la canule et vont littéralement noyer les poumons. L'intérêt principal de ce groupe se concentre toutefois sur les obs. X et XVII. Dans l'obs. X, il y a évidence d'infection double, le streptocoque emportant la victime que le bacille Lœffler lui a préparée. Dans l'obs. XVII, nous voyons se dérouler sous les pernicious effets d'une toxémie intense que le sérum est arrivé trop tard pour juguler ; dégénérescence générale, vieillard à quatre ans, brightique, hémiparétique, finalement éclamptique, comateux et s'éteignant par œdème pulmonaire. Rapproché de l'obs. XXVIII (citée plus haut), ce cas sert à illustrer l'apparition de ces altérations secondaires formidables qu'on avait peu l'occasion autrefois de remarquer au cours de la diphtérie, ces altérations étant le partage de cas graves qui succombaient le plus souvent avant leur développement. L'étude plus approfondie qui a pu en être faite, nous la devons donc au sérum, dont l'efficacité bien démontrée contre la maladie initiale ne s'étend pas au-delà. Ces cas servent encore à illustrer d'une autre manière l'importance de l'administration précoce du traitement sérothérapique en ce sens

qu'il est survenu dans une famille de six, tous pris sauf le père, tous, à l'exception du sujet observé, traités à point, y compris un bébé de moins de onze mois, croupé, et qu'il fut le seul à succomber.

5e groupe. Injectés le 5e jour, ou plus tard, 15 cas; tous laryngés, moins 1 (obs. XXIV, septicémie, recouvrée); mortalité, 1; pourcentage, 6.7 o/o. De ces 14 cas de croup, 4 guérirent par le sérum; les 10 autres furent opérés, donnant un insuccès (obs. XV); la mort dans ce dernier cas étant amenée par extension des membranes aux bronches.

Maintenant, comment se fait-il que ce 5e groupe donne un pourcentage aussi inattendu, un pourcentage qui se range de droit après le groupe 1er, et cela quand tous les cas, sans exception, étaient des cas dangereux? Nous ne chercherons pas à expliquer cette inconséquence de la statistique.

Passons plutôt à autre chose, par exemple, nous avons eu, non seulement des enfants malades, mais des enfants exposés. Un relevé soigneux en a été fait. Leur nombre s'élève à 94. De ces 94, 75 furent immunisés, 4 contractèrent la maladie soit 5.2 p. c., 19 ne le furent pas, ils fournirent 8 malades, soit 42.1 p. c.; une différence appréciable!

Bien qu'il ne soit fait mention de culture et d'examen bactériologique qu'une couple de fois au cours de ces notes, cette méthode de diagnostic n'a pas été négligée, du moins aussi longtemps qu'il s'est agi de cas isolés. Une fois en pleine épidémie, je l'avoue, il n'en fut plus question; les cas se touchaient, plusieurs éclataient sous le même toit, les preuves cliniques nous semblaient suffisantes, et pressé de toutes parts par tant d'autres devoirs, le temps nous manquait. Du reste, n'est-ce pas le docteur Reynolds, de Baltimore, qui a recommandé de ne pas se fier trop implicitement au diagnostic bactériologique, l'infection diphtérique ayant existé là où l'on n'avait découvert que des staphylocoques et des streptocoques (*Pediatric Society; Antitoxin 1st Report*, page 231? Ce qui ne veut pas dire qu'on doive négliger, encore moins mépriser, ce moyen de diagnostic, mais qu'il n'en faut point faire une condition *sine qua non*. Je le répète, pour se guider, il sera bon dans la majeure partie des cas de laisser les signes cliniques primer les données de la bactériologie. Nous voyons par une communication récente de M. Grancher, que ce savant professeur donne exactement la même note.

De même en est-il des analyses urinaires. Il n'y a pas un cas un peu sérieux où ce contrôle n'ait été exercé. L'examen a même été fait dans un bon nombre de cas légers. On s'est toutefois borné à ne rapporter que les cas où cet examen avait quelque valeur clinique.

On peut en dire autant du pouls, de la température et de la respiration.

Nous ne mentionnons aussi que pour la forme les différents exanthèmes dont les malades ont souffert. Il en est peu qui ait échappé à un genre d'éruption ou à un autre, ortiée, rubéiforme, polymorphe; mais même les cas les plus sévères—et il y en a eu qui l'ont été d'une manière presque insupportable—ne nous ont pas paru avoir d'autre effet ni d'autre importance que le dérangement, voire même la souffrance, occasionnée alors et limitée au temps que cela durait. Nous n'en avons donc mentionné que quelques-uns, et cela dans le but

de les mettre en contraste des autres post-phénomènes qui était réellement diphtériques.

Le fait aussi que nous ne mentionnons aucun accident en rapport avec l'administration du sérum donne à entendre que nous n'en avons pas rencontré ; ni induration, ni abcès, ni pénétration de vaisseaux, ni choc (*Shock*), ni rien, soit sur le fait soit dans la suite, si ce n'est souvent, oh ! souvent, des cris et des pleurs, réaction très légitime—et, généralement, une sensibilité locale ne durant guère au-delà de vingt-quatre heures.

Quant à l'espèce de sérum usitée, la première partie de nos expériences fut conduite exclusivement avec le sérum Gibier, puis, plus tard, alors que l'épidémie sévissait, le Bureau de Santé ayant mis le sérum Roux à la disposition des médecins, il en résulta que, insensiblement, nous employâmes ce sérum en tout et partout. Une étude attentive de tous les cas ne manque pas de démontrer que les résultats obtenus se sont soutenus sur un pied d'égalité que l'un ou l'autre des sérums fut mis en usage. Il resterait à démontrer que la statistique telle qu'établie eût pu être plus satisfaisante par l'usage de sérums d'autre provenance. On n'a pas manqué, en certains endroits et en maintes occasions de faire valoir—et non sans chauvinisme—l'excellence de tels produits et leur supériorité sur les autres. Peut-être oubliait-on trop facilement ou trop volontiers, en rapportant les épreuves comparatives qu'on en faisait que les différents sérums pouvaient ne pas être du même âge, et qu'on n'a pas encore appris à empêcher que les sérums se détériorent avec le temps, tant bons qu'ils soient ; mais surtout fallait-il y voir la rivalité et l'esprit de concurrence ardents ici comme en toute chose.

Si nous passons aux doses employées, il sera peut-être instructif d'indiquer au moins les doses extrêmes, leur nombre, leur effet et leur rapport à l'âge des patients. L'obs. XLVI, par exemple, bébé de moins de 10 mois, reçoit, en 5 injections, une dose absolument héroïque, 6000 unités ; l'administration en est faite à point ; pas d'effet apparent ; l'enfant est opéré et succombe 15 heures après l'opération. L'obs. XVI, bébé de 22 mois, autre cas laryngé, reçoit en 2 fois 5600 unités ; effet nul ; opération déclinée ; mort 34 heures après le début du traitement. L'obs. L, 6 ans, autre croup, reçoit en 3 injections 6000 unités ; administration tardive, alors que les rognons sont déjà pris ; l'enfant est opérée, elle succombe par paralysie du pharynx et œdème pulmonaire. Les obs. XXXVII, XLV et LVIII, cas laryngés, du même âge—6 ans—, de 5800 à 6000 unités chaque, en 2 ou 3 injections ; chez les 3, administration tardive, soit quelques heures avant ou sur le fait de l'opération ; chez les 3, guérison sans suites attribuables au sérum, l'obs. XLV seule offrant une broncho-pneumonie déjà en marche lors de l'injection du sérum. De même de l'obs. VII, garçon de 3 ans 4 mois, d'abord opéré, puis recevant 8000 unités en 3 injections ; opéré, injecté, guéri ! Par contre, deux des cas qui attirent le plus l'attention, soit que l'un meurt de complications foudroyantes (obs. LXI), soit que l'autre nous donne toutes les misères à le rattrapper (obs. XXXII), n'ont reçu que des doses ordinaires, 2000 et 1200 unités respectivement.

Naturellement, en fait de traitement, nous n'avons pas fait que de la séro-

thérapie. Nous avons continué les méthodes en usage et reconnues pour nous avoir rendu de bons services.

Nous ne faisons cependant jamais d'applications locales directes—attouchements ou irrigations qui, pour valoir quelque chose, doivent être très-fréquentes, à toutes les heures et même demi-heures, et qui harassent le malade. Par contre, nous pratiquons volontiers des inhalations, en saturant l'air de la chambre de vapeurs aromatisées, utilisant à cette fin, chez les pauvres, le poêle de cuisine et le *boiler* à laver. Pour démontrer l'inanité de certaines mesures locales, voici, par exemple, les différentes solutions Læffler, indispensables, essentielles, vous dit-on, mais... à condition que ce soit le médecin lui-même qui les applique, car c'est un soin que vous ne pouvez confier ni aux parents, ni à la mère, ni à la garde, à moins que cette garde ne soit le savoir et l'habileté même et que vous puissiez vous y fier comme à vous-même. Or, quand rencontrez-vous cette double condition surtout avec la diphtérie qui est par excellence la maladie des classes pauvres? Plutôt donc que de s'arrêter à des demi-mesures dont l'inefficacité n'a d'égal que l'ennui causé au malade, mieux vaut laisser de telles pratiques de côté; c'est ce que, par expérience, nous n'avons pas été lent à adopter. À l'intérieur, d'accord en cela avec le traitement préconisé par Jules Simon, nous employons la teinture de fer, à laquelle nous allions la quinine en glycérolé. Nous avons peu d'observations où ce traitement ne se retrouve. De même, le mercure se rencontre fréquemment sous notre main, en particulier dans le traitement des cas laryngés. Un cas est-il croupé sans sténose, nous l'administrons sur le champ tout en injectant le sérum, mais faut-il passer à l'opération, nous le remplaçons alors sans tarder par le fer, estimant qu'il devient, dans ces conditions nouvelles, plus important de soutenir son malade que de l'altérer. Le sérum n'était pas encore connu que nous placions de vieille date notre confiance dans le calomel et qu'allié aux vapeurs de chaux nous le considérions supérieur à toute autre médication contre le croup. Nous suivions en cela la pratique mise en honneur par cette sommité médicale dont le nom fait autorité sur les deux continents (Jacobi), et nous lui avons dû quelques succès. Plus récemment, on a vanté une nouvelle forme d'administration du mercure par la *sublimation* du calomel, méthode facile et que nous avons employée, notamment dans l'obs. XV, quoique sans succès.

Si nous reprenons maintenant les cas laryngés—et c'est peut-être le côté le plus saillant de ce rapport—nous établissons que, sur 70 observations, ces cas s'élèvent à 31, nombre plus qu'ordinaire, mais nous avons déjà dit pourquoi.

15 de ces croups furent opérés; 16 ne le furent pas.

Des 16 cas non opérés, il faut exclure l'obs. LXIII non traitée au sérum; nous y avons fait allusion. Les 15 autres cas donnent 1 mortalité, obs. XVIII; la terminaison fatale étant due à la sténose; opération déclinée. Voilà donc 14 cas où le larynx était pris, notamment 3 où la sténose était très-marquée, le tirage établi, obs. XXXIV, XLV et XLIX, tous guéris sans opération, et où il est difficile de ne pas attribuer la guérison au sérum; l'obs. XXXIV, par exemple, n'a absolument reçu aucun autre traitement que le sérum. Autrement dit:

30 cas de croup dont la moitié n'est pas opérée et est réchappée, moins 1 ; résultat qui n'a jamais été atteint, on peut l'affirmer sans crainte, par aucune méthode thérapeutique antérieure.

Sur les 15 cas qui furent opérés—ce qui représente presque 21.5 0/0 du nombre total des cas rapportés—nous avons 11 guérisons et 4 insuccès ; soit une mortalité de 21.7 0/0. La mort survient 2 jours 16 heures après l'opération chez l'enfant qui lui survit le plus longtemps (obs. L), et 15 heures chez celui qui succombe le plus tôt (obs. XLVI, bébé de moins de 10 mois.) Chez les opérés qui guérissent, le temps le plus court que la canule est en place, 1 jour 22 heures ; le temps le plus long, 6 jours 16 heures.

Voici, du reste, le tableau complet des opérations.

TEMPS QUE LA CANULE EST RESTÉE "IN SITU" CHEZ LES OPÉRÉS

No.	OPÉRATION.	OBS.	AGE.	TEMPS.	RÉSULTAT.
1.	Trachéotomie	I	2 ans 3 mois	3 jours 17 heures.	Guérison
2.	"	IV	5 " 3 "	3 " 22 "	"
3.	"	XV	2 " 4 "	1 " 19 "	Mort.
4.	"	XXV	2 " 8 "	4 "	Guérison.
5.	"	XXVII	4 " 3 "	3 " 18 "	"
6.	"	XXXVII	6 "	2 " 23 "	"
7.	"	XLIV	4 " 6 "	2 " 21 "	"
8.	"	XLV	6 "	1 " 22 "	"
9.	"	XLVI	10 "	15 "	Mort.
10.	"	L	6 "	2 " 16 "	"
11.	"	LI	2 " 3 "	1 " 16 "	"
12.	"	LIV	5 " 2 "	2 " 17 "	Guérison.
13.	"	LVIII	6 " 6 "	6 " 16 "	"
14.	"	LXX	5 " 9 "	3 " 17 "	"
15.	Tubage.	VII	3 " 4 "	6 " 14 "	"

On ne manquera pas de faire sur-le-champ la double remarque qu'il n'y a dans ce tableau qu'un cas de tubage, et que ce tubé unique a gardé son tube aussi longtemps que le plus récalcitrant des trachéés.

Cette préférence marquée pour la trachéotomie, quand la vogue est au tubage, trouve-t-elle sa justification ? Elle peut du moins très-aisément s'expliquer, partie en s'appuyant sur notre expérience personnelle, partie sur les objections formulées par d'autres contre le tubage et que nous nous sommes appliqué à résumer.

Tout d'abord, nous reconnaissons volontiers que la proportion que nous présentons cadre mal avec la prépondérance absolue donnée de nos jours au tubage d'O'Dwyer, surtout aux États-Unis—et que cela nous étonne nous-même de ne pas suivre l'enthousiasme général. Mais, cet enthousiasme que nous ne partageons plus, que nous partagerons peut-être encore, nous l'avons éprouvé. Il y a de cela longtemps, il est vrai ; mais nous nous le rappelons comme si c'était d'hier. Nous nous voyons encore pour la première fois en face d'une boîte d'O'Dwyer. Quel bel outillage ! Un jour, il fut (cet enthousiasme) chauffé à blanc. C'était en 1888, à notre société médicale, l'assistance nombreuse prêtait l'oreille à un brillant exposé de cas brillants par monsieur le professeur Hailes. Le devoir ne s'imposait-il pas d'entrer résolument dans cette voie ?

De notre temps, il est vrai, on nous avait enseigné que, entre un croup et sa réputation, le médecin *ordinaire* avait le droit d'opter pour celle-ci et de laisser *aller* l'autre ; et l'on nous citait même à l'appui, avec beaucoup de lyrisme, le cas d'une jeune demoiselle, riche, belle, fille unique, restée sur la table ! et le fait s'était passé en pleine ville..... Grâce à cet enseignement—et il devait être général, car mes contemporains ne faisaient pas autrement que moi—et grâce au fait que l'opérateur habile, que l'homme exercé n'était pas sous la main, en avions-nous vu, depuis que nous étions en pratique, trépasser de ces malheureux petits croupés ?—Mais l'enseignement a marché depuis lors... De nos jours—jours à la chirurgie—c'est du haut de toutes les tribunes qu'on prêche d'intervenir dans les croups confirmés sitôt que la chose est nécessaire, et qu'on s'efforce d'inculquer dans l'esprit des jeunes générations l'obligation morale pour tout médecin de considérer cette intervention comme devant être pour lui de pratique courante—et les jeunes générations ne sont pas sourdes ! De la sorte, on évite à ces cas terribles de rester sans soulagement, et aux..... spécialistes de se défendre de leurs mauvais cas sur le fait qu'on les a appelés trop tard !! Nous résolûmes donc, l'occasion se présentant, de nous mettre à l'œuvre. Entre 1890 et 1892, j'arrivai à une série de 7 cas. Résultat : tous morts. Ah ! ce n'était pas encourageant, et d'autant moins qu'il y en avait, me semblait-il, qui auraient si bien dû vivre, cas beaucoup plus favorables, par exemple, que plusieurs cas de trachéotomie rencontrés plus tard et réchappés. J'étais donc loin des résultats obtenus ailleurs. En cherchant toutefois, je trouvai bientôt que je n'étais pas le seul à ne pas réussir et que d'habiles opérateurs, quand, sur appel, ils avaient transporté leur savoir faire du terrain qui leur était propre sur le nôtre, avaient comme moi échoué. Heureux chez eux, leur bonne fortune ne les suivait pas jusqu'ici. Je recueillis de la sorte 3 obser-

vations ; j'ai garde de ne pas les donner, elles ont trop contribué à orienter mes préférences : Mabel L., 4 ans, médecin, Dr J. H. M., opérateur, Prof. H., morte 10 heures après, 22 janvier 1888 ; Willie T., 22 mois, médecin, Dr H., opérateur, Prof. H., mort 12½ heures après, 12 février 1888 ; Joseph B., 6 ans, médecin, Dr J. D. M., opérateur, Dr E. D. F., mort 2 jours 20 heures après, 22 août 1892. A coup sûr, ce n'était pas la haute habileté des intubateurs qu'on aurait pu révoquer en doute.

Rebuté, j'abandonnai l'intubation et me tournai vers la trachéotomie. Bientôt, autre série de 6 cas, tous guéris, moins un, apporté moribond sur la table. Ce revers n'entraînait vraiment pas en ligne de compte ; et dans la suite nous ne roulâmes plus faire que de la trachéotomie. Ayant ainsi obtenu de très bons résultats de la trachéotomie, par contre le tubage ne nous ayant occasionné que des déboires, peut-être sommes-nous mal placé pour juger la question. Hâtons-nous donc de dire que notre défaut de sympathie pour le tubage ne provient pas de ce que nous ne trouvons pas l'opération relativement facile. Malgré que nous n'ayons jamais pratiqué sur le cadavre, nous avons été assez heureux pour ne jamais manquer une intubation ; la première seule nous trouva nerveux et ne fut réussie qu'à la quatrième reprise. De même à l'extraction, qu'on considère le temps vraiment difficile du procédé, j'ai eu le bonheur de n'être jamais embarrassé. Puis, il y a la rapidité d'exécution qu'il faut concéder ; avec un peu d'habitude, rien ne peut lui être comparé ; quelques secondes suffisent. la plupart du temps, pour poser un tube, une fois que l'ouvre-bouche est en place. Dans un cas de nécessité, on peut, pour opérer, se dispenser plus aisément qu'en trachéotomie de l'aide d'un ou de deux confrères ; j'ai ainsi intubé seul avec le père et un voisin. Concédon's encore que la manœuvre n'étant pas sanglante, on obtient de meilleur gré le consentement de l'entourage, et que, par là même, pouvant opérer plus tôt, on opère dans de meilleures conditions.

Mais tout cela ne compense pas les quatre raisons capitales qui, chez nous ont tenu le tubage en défaveur : *La mise en scène, le rejet du tube, son obstruction, et la difficulté de la déglutition.*

A propos de *mise en scène*, comparez comment les choses se passent aux deux opérations. S'agit-il de trachéotomie, les préparatifs, il est vrai, sont plus longs, mais tout se fait tranquillement, en silence, sans cris, sans résistance, et... quand la famille revient, c'est que la respiration douce et facile a remplacé les efforts rauques et stridents de tout à l'heure, et généralement l'enfant, privé depuis longtemps de sommeil, dort paisible. Devez-vous tuber au contraire, l'enfant est saisi, ligoté, emmailloté ; l'aide lui-même a besoin de se protéger au moyen d'une toile cirée, car, dans la contrainte qu'on va lui infliger, l'enfant tantôt perdra le contrôle de ses sphincters. Le placement de l'écarteur a lieu, il n'est pas toujours facile ; on mentionne des cas où il a échoué, mettant dans l'obligation de recourir à la trachéotomie. Une fois en place, le *spectacle est horrible* (l'expression est de M. Rabot, médecin à la Charité), l'enfant semble en imminence de crises convulsives. Et puis, si l'opérateur déclanche et manque son coup, et qu'il lui faille recommencer.... Continuation du spectacle horrible ! Et, pendant ce temps, l'enfant bleuit, et quelquefois asphyxie, si bien qu'il faut se désister,

laisser reposer, puis se reprendre Et si c'était tout! Mais, plus tard, arrive le temps de retirer ce tube, nouvelle mise en scène; le spectacle est le même, *tout aussi hideux* (autre expression de M. Rabot). Et si l'opérateur ne parvient pas à dégager le tube, si l'instrument dérape, il lui faut prolonger d'une façon inquiétante le hideux spectacle, ou se dé-sister et attendre, et quelquefois avoir recours au chloroforme, comme l'admet monsieur le professeur Hailles (*Medical Annals*, 1888).

Le tube est en place—nous entrons dans une nouvelle phase. L'enfant *gardera-t-il son tube, ne le gardera-t-il pas?* Impossible de le prévoir. On a compilé toutes sortes de statistiques sur le rejet des tubes, preuve qu'il est fréquent. Dans notre très-restreinte expérience, deux de nos patients rejetaient leur tube.

Impossible aussi de prévoir si *ce tube sera ou ne sera pas obstrué*. Et il y a toutes les chances qu'il le devienne, s'il y a de la trachéite ou de la trachéo-bronchite, par détachement subit de paquets membraneux. Et cette complication, à moins qu'on ne perçoive le *bruit de drapeau*, on n'a pas de données qui nous permettent d'en fixer l'évidence avec certitude; on a trouvé à l'autopsie des trachées et des bronches blindées d'exsudats néo-membraneux chez des sujets qui avaient à peine toussé pendant la vie. De même est-il impossible de prévoir que des corps étrangers fins, particules alimentaires, grumeaux de lait, gouttes de liquides, pénétreront ou non dans les voies aériennes. De là la nécessité d'une surveillance sans relâche des intubés. Or, cette surveillance est-elle bien facile dans la clientèle privée—je parle de la pratique courante, de celle qui se recrute dans les classes moyennes et, à plus forte raison, dans les classes pauvres—et c'est dans ces milieux surtout—tout le monde le sait—que la diphtérie se rencontre et qu'elle exerce ses ravages dans les temps d'épidémie? Il suffit de poser une telle question pour la résoudre. Nous ne pouvons donc pas nous ranger à l'opinion de ceux qui prétendent que les soins post-opératoires à donner à un intubé sont moins importants et requièrent moins de savoir que ceux que réclame le trachéé, ni à l'avis de ceux qui veulent tuber en dehors d'un hôpital ou dans un lieu où la surveillance médicale permanente est impossible. On conçoit que les médecins d'hôpitaux puissent considérer la trachéotomie comme une opération d'exception. Pour eux, comme pour certains médecins de ville, pourvus d'aides nombreux, entourés d'assistants et d'infirmières, ayant les moyens de transformer d'une heure à l'autre les appartements nombreux et spacieux du riche en "salles d'opération", pouvant s'y installer avec tout leur outillage et leur personnel au complet, on comprend que, en raison de sa facilité et de sa rapidité, le tubage puisse être le procédé de choix. Ils sont prêts à toute heure, et à parer à tous les inconvénients; le médecin intubateur sera là à bref délai; en cas d'urgence, la garde expérimentée saura enlever le tube obturé qui menace le sujet d'asphyxie, par exemple, par le procédé ingénieux d'énucléation au pouce de M. Bayeux, adopté entre autres par Trumpp. Je le répète, il n'en est plus ainsi dans la clientèle ordinaire, soit parce que ces précautions, bien qu'indispensables, excèdent les moyens de la famille, soit parce que le médecin est dans l'impossibilité radicale de se dévouer à un seul malade, et qu'il est dépour-

vu d'aides et d'assistants qui le puissent remplacer. Ainsi, pouvons-nous répéter avec M. Bayeux : " Les suites du tubage, qui sont sans danger dans un milieu organisé, seront, au contraire, pleines d'embûches dans un milieu isolé, loin d'une surveillance compétente." On ne peut donc pas trop s'élever contre l'opinion émise (Washam, Northrup), que le sujet intubé n'a pas besoin comme le trachéotomisé des soins assidus et continuels du médecin. Réellement, c'est la proposition contraire qui est vraie. Ce sont les trachéés qu'on peut abandonner sans trop d'inquiétude aux soins d'aides, même inexpérimentées. C'a été notre expérience réitérée qu'une personne plus qu'étrangère à l'art médical, des parents qui n'avaient pour les guider que leur instinct familial, voire même un gardien de quarantaine, faisant de nuit sentinelle à la porte (Obs. XXVII), pouvaient donner le soin requis. Deux fois seulement eûmes-nous l'avantage d'opérer chez des gens dans un état de fortune qui leur permettait de se procurer les services d'infirmières diplômées, Obs. XLV et XLVI. Avec le trachéotomisé, pas de rejet du tube et pas de phénomènes subits de tirage—ou du moins rarement par obstruction du tube. Si la canule s'embarasse, l'aide improvisé s'enhardit assez promptement à retirer et nettoyer la canule interne et à rétablir par là sa perméabilité. Dans l'urgence, il peut même faire sauter tout l'appareil (plus d'une fois cela a été fait d'après nos instructions); les violents accès de toux qui s'en suivent entraînent au dehors les débris de membranes ou les bouchons de mucus épaissis; s'il le faut, il saura aussi facilement se servir du pulvérisateur. Dans tous les cas, le médecin aura le temps d'arriver pour remettre tout en place (Obs. XLIV). En effet—ceci est encore digne de remarque—la reprise immédiate du tirage est rare, si, pour une cause quelconque, on retire tout l'appareil chez le trachéotomisé; si le tirage revient, ce n'est que graduellement. Cette reprise soudaine est, au contraire, de fréquente occurrence chez ceux qui rejettent leur tube. On l'explique par le fait que le tube, étant rejeté dans une crise de toux, cette crise continue après le rejet et ramène le spasme. Au Pavillon Bretonneau (Bayeux), on a remarqué que le sujet redevient absolument asphyxique en moins de cinq minutes. Pour éviter ces crises de toux, il faut aussi éviter avec le plus grand soin toute excitation pouvant provoquer la toux. Or, la plus grande de ces causes excitantes, c'est l'alimentation par la bouche.

Cela nous amène à considérer le quatrième et, à notre avis, le plus formidable inconvénient du tubage : l'inévitable, souvent l'insurmontable *difficulté de la déglutition*. Et pourtant il faut nourrir l'enfant; c'est le premier des besoins, après l'air qu'il respire. Or, chez le plus grand nombre, au moindre effort pour avaler, quintes de toux fort pénibles, quelquefois suffocantes. Pour y obvier, on s'est ingénié de toutes les façons, on a eu recours à tous les artifices. La *position renversée* de même que le *gavage* ont leurs partisans. Nous les avons essayés l'un et l'autre, ils nous ont désappointés, et souvent ils nous ont paru barbares. Le nervosisme de certains enfants les fait se débattre à outrance et entrer dans de véritables accès de rage. Du reste, dans la position renversée, le cou en extension forcée, l'occiput dirigé vers le plancher, il s'en faut que les liquides coulent toujours sur la voûte du palais pour arriver directement sur la paroi postérieure du pharynx et de là gagner l'œsophage. Quant

au procédé de *succion*, face en bas, hanches élevées, sur le travers d'une chaise ou des genoux, s'il est praticable, il n'est d'aucune utilité. Peut-être pourrait-on accorder plus de crédit au gavage par la sonde œsophagienne, ou encore mieux au moyen d'un cathéter Nélaton à travers les fosses nasales. Procédé mis en pratique au "Boston City Hospital" par le docteur Henry Jackson, mais outre le fait seul que ce procédé, étant nécessairement à répétition (à toutes les 4 heures ou environ), est peu acceptable dans la clientèle privée—quel est le médecin capable de se trouver aussi souvent chez son patient pauvre?—écoutons ce qu'en dit très récemment M. Déchéharde: "On a préconisé le gavage... Il ne convient pas d'accorder une grande valeur à ce procédé, car il fatigue l'enfant et l'exaspère. Cette manœuvre est souvent même impraticable chez les enfants indociles ou trop jeunes pour obéir aux recommandations du médecin." Et chez ceux plus âgés, mais tout aussi indociles, et qui opposent de la résistance?...

On a dit: *Enlevez le tube—et servez à manger, laissant l'enfant sans tube aussi longtemps que possible*. Cela paraît beau en théorie, mais on oublie que l'enfant, tourmenté par une extraction pénible, se refuse souvent à manger, et que, s'il ne s'y refuse pas, on découvre qu'il avale aussi mal que s'il avait son tube—par suite de l'endolorissement et de l'espèce de paralysie par pression que sa glotte a subis—et que les quintes de toux, que l'effort de déglutition a provoquées, ramènent rapidement l'asphyxie; souvent elle revient sur le moment même qu'on enlève le tube. J'ai eu ce double spectacle d'enfants qui étouffaient sur le fait de l'extraction du tube et qui avaient à être retubés avant que d'avoir pu essayer de manger, ou qui en étaient à cette nécessité du moment qu'ils essayaient de le faire. Mais, supposant que les choses se passent bien, voilà encore un procédé qu'il faut répéter plusieurs fois par jour, et pendant plusieurs jours. Il devient de plus en plus difficile à mesure qu'il est répété, et finit, si le tubage se prolonge, par devenir intolérable. Aussi, cela a-t-il fait dire à M. Rabot: "L'alimentation est ce qu'elle peut pendant les jours que l'enfant est tubé." Ce qui n'est guère consolant pour l'intéressé. Pour nous, cela nous a porté à *supprimer toute alimentation par la bouche*. C'est ce que nous avons fait, par exemple, dans l'unique observation que nous rapportons (Obs. VII), voulant éviter de harasser notre malade, obvier aux efforts de toux qu'auraient occasionnés des gouttes de liquides tombant dans la trachée, et empêcher que la chute de particules d'aliments dans les voies respiratoires ne devînt le point de départ d'une broncho-pneumonie grave. Comme compensation, nous eûmes recours aux *lavements nutritifs* (recours que, du reste, nous n'avons pas négligé dans d'autres cas antérieurs, moins heureux)—composés d'eau et de lait, largement d'eau—et comme ils ne parvenaient point à soulager la soif dévorante dont le petit patient donnait les signes les plus navrants, nous leur adjoinâmes les *bains prolongés*. Mais comme, il y a loin de ces tracas, de toutes ces mesures extrêmes à la facilité et souvent la jouissance avec lesquelles nos trachéés se nourrissent! Dès le lendemain, souvent dès le jour même, vous les voyez assis sur leur lit, ne souffrant ni de faim ni de soif, prêts à jouer, ne demandant que des compagnons, que la sérothérapie ne leur refuse plus.

Ah ! oui, je suis grand partisan de la trachéotomie. Je ne lui fais qu'un reproche : la mort sous le couteau. Mais rappelons-nous que, s'il y a des trachéotomisés qui meurent sous le couteau, il y a aussi des tubés qui sont morts, soit quand on plaçait l'ouvre-bouche (Valdémair Damm, 1 Obs.), soit pendant les essais d'introduction du tube (1 Obs., idem.). Rappelons aussi qu'il y a des tubages où l'application du tube ne soulage pas du tout l'asphyxie, le tube semblant bourrer de haut en bas la trachée par refoulement des exsudats, et que M. Variot a relevé des cas où, l'enfant ne respirant plus, on avait été forcé de trachéotomiser sans prendre le temps de retirer le tube.

Si je ne trouve qu'un reproche à faire à la trachéotomie, il n'en manque pas qui lui en font d'autres.

On lui reproche, pour commencer, la nécessité d'employer l'anesthésie, qui augmente les dangers d'asphyxie. Il faut s'entendre. La sténose participe de deux éléments : spasme et fausses membranes. Si le spasme prédomine, on le voit se relâcher sous l'influence du chloroforme, l'enfant respire plus à l'aise et tout est pour le mieux. Si, au contraire, ce sont les fausses membranes, la gêne respiratoire s'accuse davantage et l'asphyxie peut être bientôt à son comble ; l'enfant ne respire plus et paraît inanimé (Obs. LXX). Déjà, avant ce point, vous savez que vous ne devez plus pousser l'anesthésique, que vous n'en avez plus besoin, et que vous n'avez qu'à vous hâter. Comme alors vous ne craignez plus d'être aveuglé par le sang dans la plaie, procédant par une sorte de trachéotomie d'un seul coup (méthode de Saint-Germain modifiée), une demi-minute vous suffit pour mettre votre canule, et vous recourez à la respiration artificielle. Généralement, vous voyez vos efforts couronnés de succès. Je n'ai jamais eu qu'un malade qui ait succombé sous l'opération, et encore c'était le soir, par une lampe fumeuse, sur le coin d'un poêle (!), et le sujet fut porté sur la table *in extremis*.

On dit encore que la trachéotomie, opération plus grave, produit un choc (shock) plus considérable et épuise davantage. Telle n'est pas mon impression. D'abord, nous savons que les enfants supportent tous admirablement le chloroforme, et qu'ils s'en réveillent pour retomber dans un sommeil paisible ou pour reprendre leur allure ordinaire, contrairement à nous, susceptibles que nous sommes de passer par toutes sortes de réflexes. Et ensuite, je ne comprends pas que le choc, que l'ébranlement nerveux ne soit pas beaucoup moindre pour l'enfant qui n'a rien senti, et qui se réveille sans savoir ce qui lui est arrivé, que pour celui que l'opération nous a obligé de contraindre et que le besoin involontaire de résistance et l'imminence d'un danger inconnu jettent nécessairement dans les transes. C'est bien autre chose si vous avez à recommencer. Et c'est bien autre chose dans les soins consécutifs. Ce trachéotomisé, que vous n'avez pas violenté, laisse de bon gré son entourage—surtout si c'est sa mère—retirer la canule, renouveler les pansements ; il n'y a rien de terrible à cela. Chez le tubé, au contraire, nous l'avons déjà fait voir, si le tube s'obstrue, si le malade fait mine d'étouffer, il n'y a pas de milieu, il faut détuber et retuber, c'est-à-dire, reprendre toute la procédure qui l'a si rudement éprouvé.

On dit encore que l'air qui pénètre dans les poumons n'est plus aussi chaud et qu'il cesse d'être comme tamisé par son passage à travers les fosses nasales, et que cela peut être cause d'infection générale (Happel). On a vite fait justice de cette objection, si l'on élève la température de l'air ambiant, si l'on charge cet air de vapeurs aromatiques, si l'on protège l'ouverture de la canule en l'abritant sous une éponge de volume assez fort, tout le temps imprégnée d'une solution aseptique.

On parle aussi de l'infection de la plaie. Pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontrée, ce que nous avons attribué aux soins extrêmes, à l'antiseptie rigoureuse que nous apportons dans les pansements.

On s'oppose de même à la trachéotomie en raison des ulcérations et même des nécroses de la trachée qui ont suivi son emploi. Est-on bien à l'abri de pareils accidents avec le tubage? Sans compter un cas de fausse route à travers le ventricule du larynx, signalé par Variot, on met au compte du tubage, parmi 49 autopsies, 10 p. c. d'ulcérations laryngées, et ceci n'est tiré que d'une statistique (V. Damm).

On comprend qu'il est fait mention d'autres désavantages, mais ils sont d'ordre inférieur et il est inutile de s'y arrêter.

Ne terminons point sans rechercher si la statistique autorise à préférer le tubage à la trachéotomie.

La discussion ne serait pas longue, ni le choix difficile, si nous rencontrions partout des résultats aussi étonnants, disons le mot, aussi extraordinaires que ceux qu'ont obtenus, par exemple, MM. les docteurs Rosenthal, de Philadelphie, Neff, de New-York, Booker, de Baltimore; résultats consignés dans le rapport de l'"American Pediatric Society", page 14; Rosenthal, dix-huit tubages, seize guérisons; Neff, vingt-sept tubages, vingt-sept guérisons; Booker, dix-sept tubages, dix-sept guérisons; Seward, huit tubages, huit guérisons: proportion, 100 p. c. Peut-être n'est-il pas sans à propos de ne pas se laisser entraîner à l'espérance que ces chiffres sont appelés à se répéter chez tous les tenants de l'intubation, car ce même "rapport" nous donne, côte à côte avec ce rendement phénoménal, celui obtenu par O'Dwyer lui-même, le père de la méthode, et par McNaughton, autre opérateur distingué de Brooklyn. Leurs chiffres, à l'un et à l'autre, ne dépassent pas 66.7 p. c., bien que soutenus par la sérothérapie. Avant le sérum, ces messieurs n'arrivaient qu'à la moitié, ou à peu près, de cette moyenne. Si nous rapprochons de ces chiffres ceux fournis par la médecine française, par exemple, ceux relevés à l'Hôpital Trousseau, par M. le docteur Valdémair Damm, de Copenhague, nous voyons qu'ils ne s'écartent guère. En l'année 1894-95, il y a eu, au Pavillon Bretonneau, 231 tubages. Ces 231 cas donnent 56 p. c. de guérison; mais dans 48, il a fallu une trachéotomie consécutive, c'est-à-dire dans plus d'1-5 des cas; dans 32, la tentative de tubage avait été infructueuse, et par des experts comme M. Variot, comme M. Bayeux, moniteur d'intubation; et cette trachéotomie consécutive a aidé à sauver les tubés dans une proportion de 16 à 20 p. c. (Variot). De même, M. Gillet donne des résultats qui établissent, pour les deux opérations, un pourcentage à peu près le même, 30 p. c. dans un cas, 31 p. c. dans l'autre.

Et l'emploi de la sérothérapie a-t-il changé cette concordance ? Pas qu'il y paraisse. Le sérum a favorisé également les deux procédés si l'on s'en rapporte aux résultats obtenus, par exemple, à l'Hôpital des Enfants malades, 60 et 61 p c., ou par des praticiens comme Chaillou, Martin, D'Astros, Saint-Philippe de Bordeaux, dont les chiffres roulent autour des 50 p c., qu'on tube ou qu'on trachéotomise. Ces chiffres—américains ou français— ne nous paraissent donc pas de nature à faire abandonner la vieille méthode de Trousseau, pour sa sœur plus jeune.

Nous ne voulons cependant rien exagérer et nous concéderons les circonstances où il conviendra de donner la préférence à la méthode Bouchut-O'Dwyer. Là où les intéressés s'opposent formellement à l'intervention sanglante ; alors, naturellement, il n'y a qu'à s'incliner. Là où l'on n'a véritablement pas le temps de se préparer pour une trachéotomie ; l'enfant suffoque. Là où vous êtes en doute sur le diagnostic ; peut-être n'êtes-vous qu'en présence d'une laryngite striduleuse ? mieux vaudrait ici avoir fait l'opération moindre. Là où le sujet est très jeune, surtout chez les enfants gras et à cou court, en raison des difficultés de la trachéotomie. Il a été démontré, croyons-nous, que la statistique est ici en faveur du tubage ; ainsi Booker inclut, dans ses dix-sept tubés guéris, un bébé de 10 mois et un autre de 7½ mois. Telle, peut-être, aurait pu être notre expérience dans l'obs. XLVI, bébé de 9 mois 22 jours, si, au lieu de tracheotomiser, nous avions tubé. Notre raisonnement et notre regret tirent surtout leur force du fait que nous avons perdu notre malade. En dehors, toutefois, de ces circonstances—et elles nous semblent former l'exception— nous continuerons d'adhérer à ce qui a été notre pratique. Pour nous résumer, nous ferons, non par choix, mais par nécessité, du tubage, mais nous resterons partisan convaincu de la trachéotomie.

(A suivre.)

La médication thyroïdienne contre les états congestifs des organes génitaux féminins.—La médication thyroïdienne appliquée par M. Joux, de Paris, au traitement des états congestifs du pelvis et à la cure des fibromes de l'utérus, a été proncée par lui au Congrès de Moscou.

Cette méthode, dit-il, toujours favorable, mérite de prendre place dans la thérapeutique à côté de tous les agents décongestionnants et en particulier de l'électricité. Elle agit particulièrement de la façon la plus heureuse sur l'élément hémorragique.

Grâce à elle, on peut obtenir la guérison complète et définitive des hémorragies purement fonctionnelles si tant est qu'il en existe, et même des hémorragies qui relèvent de lésions simples et bénignes (ménopause, flexions, versions etc.)

Elle arrête toujours l'évolution des fibromes, en amène souvent la régression et permet d'obtenir la guérison des cas simples et soumis prématurément à cette médication.

NOTES DE CLINIQUE.

LA PEAU À L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Par Eug. ST-JACQUES, M. D.

ACNÉ.—La diathèse a une influence toute spéciale sur l'évolution de l'acné, ressemblant en cela à l'eczéma qui, malgré ses manifestations variées, sera, dans l'ensemble de son processus, profondément modifié par le terrain sur lequel il sera greffé. Le patient est-il scrofuleux, l'acné aura une marche indolente, et tendra à l'inflammation et à la suppuration; y a-t-il une diathèse syphilitique, la tendance alors sera à l'ulcération, et la cicatrice qui en résultera, si l'ulcère a été profond, sera déprimée et envrée ou violacée.

Une femme se présente à vous souffrant d'acné rosacée ou couperose, voyez s'il n'y a pas quelque trouble utérin.

ACNÉ BROMIQUE.—Le traitement au bromure, comme d'ailleurs à l'iodure, et particulièrement par les sels de potasse, produit parfois des éruptions acnéiformes. Ce qui est à remarquer, c'est que souvent on rencontre alors une idiosyncrasie très prononcée, évidente du reste par la petitesse des doses de bromure.

Le diagnostic, pour ce qui est de la nature et de la cause de l'éruption, sera aidé du fait que le patient est en cours de bromure, par la généralisation de l'éruption (non limitée à la face, dos et poitrine comme dans l'acné simple ou inflammatoire), et par l'amélioration assez généralement rapide sur la suspension du traitement bromuré. Les cliniciens anglais font ici administrer l'arsenic à petite dose.

Comme traitement: voir aux écarts de régime, porter attention au système digestif général, remédier à l'état diathésique existant par une médication appropriée. Localement, bains de figure à l'eau très-chaude, simplement bouillie, ou boyaquée en plus; ou alcaline encore, borate ou bicarbonate de soude, afin d'enlever tout enduit graisseux de la surface cutanée. L'usage d'acétyle fut très bien en certains cas. On a donné beaucoup d'ichtyol à l'intérieur, à dose de 0.50 gramme comme moyenne par jour. Si l'hyperémie est forte, une lotion alcoolisée, contenant un astringent à faible pourcentage. On s'en souvient la pommade et la lotion au lait de soufre, 5 à 15 0/0, feront très bien après les simples bains avec l'eau détergente. La lotion sera préférable à la pommade dans les cas de peau très-huileuse.

L'ac. salicylique à faible part, 1/100, 1/200, sera ajouté au soufre avec grand avantage parfois. lorsqu'il y aura induration avec infiltration.

Dans un cas d'irritation marquée et subite, au cours d'un traitement par ces contre-irritants, il faut suspendre tout à fait et appliquer la pommade à l'oxyde, ou le glycerolé d'amidon. L'acné prend-elle une forme franchement indurée, rosacée, alors les onguents mercuriaux, proto-iodure à 1, à 2 0/0, précipité blanc 5-10 0/0, ou l'emplâtre de Vigo.

En cas graves, les scarifications.

ECTHYMA.—Rarement primaire ou idiopathique, l'ecthyma est presque toujours secondaire à une irritation et infection locales. C'est ainsi qu'il compliquera souvent la gale et le phthiriasis.

Ne pas oublier l'ecthyma de nature syphilitique, accompagné alors d'autres symptômes concomitants spécifiques.

SYPHILIS.—L'éruption syphilitique tranche par des caractères bien spéciaux, et par une série de manifestations qui indiquent un envahissement graduellement plus profond des différents tissus de l'organisme. Les manifestations dermatiques, qui au premier abord sont si superficielles, simple érythème ou roséole, évoluent bientôt vers la forme papuleuse, qui à son tour devient aisément pustuleuse (guéné, impétigo, ecthyma rupia spécifiques). Après ceci survient une période latente, de plusieurs semaines à plusieurs mois, voire même permanente chez quelques-uns, sans se manifester généralement par des lésions des tissus profonds, ostéo-périostites (tibia et crâne), névrosite (langue et biceps), envahissement des centres nerveux, cérébraux et spinaux.

On est facilement frappé d'un ensemble de détails qui dominent toute l'évolution des troubles dermatiques spécifiques. L'éruption a tout d'abord un caractère polymorphe marqué, i. e. à côté d'un érythème à peine saisissable ou d'une roséole légère, on verra des éléments papulaires de toutes les dimensions, petits et gros, les uns à épiderme simplement rosé mais intact, les autres à la période ulcéreuse, tandis que tout à côté d'autres seront en desquamation parquée.

Recherchez l'appareil cuivré de ces lésions spécifiques, coloration due à l'altération les éléments sanguins extravasés, nécessairement sous l'effet du virus syphilitique. Presque toujours ces lésions ontantées sort à contours ronds et bien marqués; elles évoluent sans causer de prurit, sans donner lieu à la douleur; sauf évidemment les lésions profondes, telles que glossite et ostéo-périostite.

Une ulcération de mugueuse, reposant sur une base indurée, doit toujours donner l'éveil, et faire rechercher d'autres symptômes concomitants, engorgement ganglionnaire, lésion initiale.

La période suppurative, si le traitement est actif, est de courte durée en syphilis.

L'acné spécifique a ceci de particulier qu'elle affecte surtout l'abdomen et les cuisses tandis que la face, la poitrine et les épaules sont les sièges de prédilection de l'acné ordinaire. L'acné syphilitique laisse une cicatrice déprimée et à coloration cuivré; l'acné vulgaire laisse une trace blanche et dans les cas graves seulement.

L'ecthyma de la scrofule se porte surtout aux extrémités inférieures, tandis que l'ecthyma spécifique se montre un peu partout.

Comme traitement rien de particulier. mercure à la première période; l'iodure de potasse seulement lorsque les accidents tertiaires font leur apparition. On emploie avec grand succès l'emplâtre de Vigo et le sparadrap rouge (sulfure rouge de mercure) en applications locales sur les gommés.

P. S.—Un cas particulièrement intéressant dans le service du Dr Balzer. Jeune

homme de 24 ans, à sa sixième semaine seulement d'infection syphilitique, et qui fait, outre des ulcères de gorge particulièrement marqués, une néphrite parenchymateuse aiguë : tubuli en quantité, 8 grammes d'albumine au litre. Aucune infection urétrale, ni vésicale. Cependant à noter, et d'importance majeure ici, une attaque de scarlatine assez forte alors qu'il était jeune : aucun détail précis sur cette fièvre exanthématique antérieure.

ECZÉMA.—Avant de donner un aperçu des traitements de ce groupe de dermatoses si fréquentes et tenaces, tels que vus aux cliniques de St-Louis, laissez-moi rapporter ici les conseils que Besnier met en tête de son chapitre sur l'eczéma.

“ Il n'y a pas de traitement général de l'eczéma, il n'y a que des eczéma-teux qu'il faut traiter non seulement selon l'espèce particulière d'eczéma dont ils souffrent, mais encore selon leur état diathésique, selon les conditions d'organes et de fonctions qu'ils présentent. Celui qui traitera le mieux un eczéma-teux, au point de vue général, sera celui qui analysera avec le plus de sollicitude et de compétence la situation particulière de chaque malade, et qui fera le nécessaire pour rectifier dans son hygiène, dans sa situation locale, dans ses conditions morales, en même temps que dans ses organes et ses fonctions, tout ce qui peut être défectueux. ”

Le régime alimentaire est une des premières choses qui doit attirer l'attention du médecin : tout excès de ce côté à être corrigé, pas d'alcool, pas ou peu de vin, surtout pur, à peine de café ; ni charcuterie, ni viandes faisandées ou trop assaisonnées.

À l'intérieur, un traitement en rapport avec la constitution ; car il n'y a qu'à faire quelque temps de la peau, pour remarquer quelle influence le terrain a sur l'évolution d'un eczéma. C'est ainsi que le scrofuleux aura une tendance aux manifestations pustuleuses et crustacées, à évolutions lentes ; chez l'arthritique, la tendance à l'état aigu, inflammatoire, sera marquée ; le nerveux souffrira d'un prurit souvent peu en rapport avec l'intensité des lésions.

À chacun une médication interne appropriée : au scrofuleux, les toniques-al térants, les sulfureux, les eaux sulfureuses (St-Germain, Cauterets, Enghien) ; à l'arthritique, les alcalins, les eaux de Vichy, Vals, ... ; aux nerveux, les sédatifs.

Quant à l'arsenic, qui a ses adeptes, tandis que d'autres n'en veulent point voir, il est nuisible à la période aiguë d'un eczéma.

Pour ce qui est du traitement externe, distinguons tout d'abord l'état aigu et chronique.

Pas de pommades à la période aiguë, dit Balzer ; gardons-les pour les manifestations chroniques. Ici c'est une médication émolliente : cataplasmes de fécule de pommes de terre, compresses d'eau de guimauve, de fleurs de sureau blanc ou d'eau fraîche *bouillie*, tout simplement.

Laissez-moi dire combien on tient en haute estime l'eau bouillie, comme topique local en dermatologie. Et en revanche, je dirais presque l'horreur pour l'acide borique, en poudre ou lotion. On a tant et plus souvent remarqué des

dermatites plus ou moins aiguës, des poussées plus ou moins actives dues aux applications boriquées.

Si l'eczéma est très étendu, alors le glycérolé d'amidon, ou le bain d'amidon ($\frac{1}{2}$ à 1 gr. d'amidon par bain.) Chez quelques malades, rares, les poudres inertes feront mieux : tale, oxyde de zinc, amidon.

Si l'eczéma est impétigineux et crouteux, alors la première chose est de nettoyer et débarrasser des croutes par les compresses aux eaux ci-dessus données ou avec l'huile d'olive ou d'amandes douces.

La période aiguë passée, alors les onguents, dont le meilleur est à l'ox de zinc. On y joint avantageusement, dans les cas un peu traînants, le dermatol (5 à 10%) ou l'ichtyol (3 à 5%). Les Allemands en particulier emploient fort ce dernier médicament.

Mais là où la thérapeutique et aussi la patience du médecin, encore moins que celle du patient cependant, sont taxées à leur mesure, c'est dans les cas chroniques.

Ici les médications plus fortes sont de réquisition. Le glycérolé d'amidon à l'acide tartrique (50%) ; auquel Brocq ajoute avec succès dans certains cas l'ac. salicylique (2-40%), réussira bien. L'huile de cade, l'oxyde jaune de mercure, le précipité blanc, autant de médicaments à être employés sur indications spéciales, tel que par exemple dans l'eczéma impétigineux, l'eczéma de la barbe et des sourcils....

Ac. Tartrique 1. gramme
Ac. Salicylique 1. —
Glycérolé d'amidon 25. — M.

BROcq.

Précipité jaune, 1. gramme.
Huile de cade, 3 à 5. —
Glycérolé d'amidon 30. — M.

VIDAL.

Sous-nitrate bismuth. } aa
Précipité blanc } 1 gramme.
Vaseline. 10 — M.

SUBLINSKI.

L'eczéma des mains et des pieds, de même que celui assez fréquent des plis fléchisseurs des membres, ne guérit qu'avec le repos. L'amélioration de l'eczéma des mains, surtout celui dit "professionnel" (des laveuses, des boulangers, des massons, des corroyeurs,) fait généralement des progrès rapides, si l'on soustrait à la cause irritante, pour quelques jours du moins, en même temps que l'on applique des compresses aux lotions d'eau bouillie, de sureau, de guimauve, le tout recouvert de taffetas ciré, et alterné avec la pommade à l'ox. de zinc. Avec la pommade, évidemment pas la soie cirée. L'eczéma de la plante et de la cheville du pied requiert "nécessairement" le repos absolu au lit pour quelque jours; tout autant que l'eczéma variqueux nécessite le même repos et la compression en plus. La lésion guérie, il faut ici faire porter une jambière élastique.

L'eczéma intertrigo, des plis du cou, de l'aîne, et de l'espace inter-fessier chez les enfants, du replis du sein et des grandes lèvres chez la femme, des bourses chez l'homme, demande l'isolement des parties à l'aide de coton hydrophile, après les avoir saupoudrées d'un mélange de bismuth, oxyde de zinc, tale et amidon.

Voilà quelques aperçus bien sommaires sur certaines dermatoses assez souvent rencontrées par le praticien général, et telles que traitées par les dermatologistes français.

Mais disons-le encore, chaque cas particulier comporte en soi ses lois et ses indications spéciales : on ne peut dans le général que tracer les grandes lignes comme points de repère.

Les deux meilleurs traités sur les affections de la peau sont "Diagnostic et traitement de la peau" par Dr Brocq, (Librairie Doin), et Précis Iconographique des Maladies de la Peau, avec 50 planches en couleur, par Dr Chatelain (Librairie Maloine). Brocq est plus méticuleux, plus détaillé, va plus au fond des choses qu'il analyse en détails,—avec surcharge de détails peut-être;—Chatelain est plus concis tout en donnant tous les détails nécessaires et le diagnostic différentiel. Il est plus clair de traitement et partant plus facile à consulter.

Paris, Octobre 1897.

BIBLIOGRAPHIE.

Dr A. BRAULT, Médecin de l'Hôpital Tenon, chef des Travaux pratiques d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris. -- **Les arterites et les scléroses.** Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des aide-Mémoire*)

Broché..... 2 fr. 50 c. | Cartonné..... 3 fr.

Dans ce second Volume, l'auteur montre que toutes les formes d'inflammations et de destructions organiques dérivent de l'action directe des divers agents d'irritation, figurés (bactéries) ou non figurés (poisons minéraux, toxines), sur les éléments anatomiques.

Ce qui revient à dire que les vaisseaux, à moins d'être totalement oblitérés, n'ont pas de rôle prépondérant ou directeur dans la succession des actes inflammatoires et des processus destructifs. Néanmoins, la plupart de nos organes étant largement vascularisés, les vaisseaux participent souvent à l'inflammation. Suivant qu'ils y prennent une part plus ou moins grande, la physionomie générale des lésions varie. Mais, en aucune circonstance, les modifications des artères ne commandent les altérations des différents tissus qui entrent dans la composition d'un organe, quelle que soit d'ailleurs la complexité de sa structure.

Cette indépendance des tissus vis-à-vis des vaisseaux se poursuit dans l'ordre des inflammations chroniques et des scléroses. Ici, les lésions des artères, et surtout celles des tissus connectifs, ont paru longtemps prédominantes. C'est là une simple apparence ; en réalité, dans toute glande chroniquement irritée aussi bien que dans toute muqueuse, les modifications des épithéliums et celles de la trame organique se développent parallèlement. En tout cas, l'hyperplasie conjonctive ne précède pas la destruction des épithéliums et ne saurait l'expliquer. D'ailleurs, le tissu conjonctive n'est altéré que dans la muqueuse, la glande ou l'organe malade ; il est presque toujours intact dans tous les autres.

Il en est de même pour les artères, de sorte qu'il est permis de conclure que les lésions des vaisseaux, du tissu conjonctif, des épithéliums, etc., sont, dans un même organe, les effets connexes d'irritations variées. Par de nombreux exemples, l'auteur établit que la doctrine de l'*arterio-sclérose généralisée* et des *fibroses primitives*, basée sur des arguments spécieux, doit être définitivement abandonnée.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

SUR LA CONSANGUINITÉ

Nous avons donné, (1) le 29 novembre dernier, le résumé de la discussion entamée à l'Académie de médecine de Belgique sur les unions consanguines. M. Demarbaix croit que ces unions ne sont pas dangereuses en général. M. Lentz pense que la consanguinité occasionne rarement, par elle-même, en dehors de toute cause héréditaire, des troubles nerveux de n'importe quelle nature.

Il n'en est pas de même s'il existe des tares chez les parents. Nous avons rapporté dans le *Scalpel* (23 février 96) l'observation, relatée par M. Bourneville, d'une famille issue de père et mère, cousins; le père avait eu un oncle lypémaniac, interné; un cousin de la mère était mort idiot. Onze enfants naquirent du mariage: cinq furent idiots, un autre eut des convulsions et fut atteint de strabisme. MM. Bourneville et Courbarin signalent 38 cas d'unions consanguines dans les antécédents de 926 malades (épileptiques, hystériques, idiots), et M. Noir, sur 270 observations recueillies à Bicêtre, dans le service de M. Bourneville, relève 19 cas où la consanguinité figurait dans les antécédents, soit un pourcentage de 7%.

M. Lefebvre, de Louvain, pour combattre les théories de M. Demarbaix, a communiqué à la dernière séance de l'Académie une statistique qu'il a dressée en dépouillant les documents concernant les deux infirmités principales attribuées par l'opinion commune au fait même de la consanguinité, c'est-à-dire la surdi-mutité et l'insuffisance des facultés intellectuelles désignée sous le nom d'imbécillité et d'idiotie:

De 460 mariages entre cousins germains (consanguins au 2^e degré canonique, au 4^e degré civil), il est né 1959 enfants. Sur ce nombre, il y a eu 9 sourds-muets et 36 imbéciles ou idiots.

Si l'on convertit ces nombres absolus en nombres proportionnels, on aboutit aux données suivantes: 19 sourds-muets pour 1000 mariages ou 5 sourds-muets pour 1000 enfants.

78 imbéciles et idiots pour 1000 mariages ou 19 imbéciles et idiots pour 1000 enfants.

Sans doute, dit M. Lefebvre, les chiffres que je viens d'apporter sont trop peu considérables pour permettre d'en tirer des conclusions définitives; toutefois, l'influence nocive de la consanguinité me paraît en ressortir clairement. En effet, si nous nous bornons à une seule question, celle de la surdi-mutité, nous trouvons qu'en Belgique, on compte 4.3 sourds-muets sur 10,000 habitants. Sur ce nombre, 3.65 sont des sourds-muets de naissance: ce sont les seuls dont on devrait tenir compte pour la comparaison, puisque les sourds-muets provenant de mariages consanguins le sont de naissance. Admettons pourtant que la population générale donne 4 sourds-muets sur 10,000 enfants. D'après les résultats statistiques que nous venons de fournir, une population issue tout entière de mariages consanguins (entre cousins germains) donnerait 50 sourds-muets sur 10,000 enfants.

Qu'on veuille bien le remarquer, cette proportion de sourds-muets attribuée à la consanguinité est plutôt diminuée qu'exagérée, puisque les sourds-muets

(1) *Le Scalpel*.

provenant des mariages consanguins sont repris eux-mêmes dans la population générale.

J'ai recherché, dit encore M. Lefebvre, si l'hérédité ne jouait pas un rôle dans la production de surdi-mutité chez les 19 enfants atteints de cette infirmité et voici les résultats de cette étude : ces 19 sourds-muets proviennent de 17 unions consanguines ; c'est donc à dire que 2 d'entre elles ont produit chacune 2 sourds-muets et les 15 autres chacune 1 sourd-muet. Or, la surdi-mutité n'existait chez aucun des 34 conjoints ; elle n'est notée chez aucun de leurs ascendants ; donc l'hérédité n'est intervenue pour rien dans la genèse de cette infirmité. Au reste, les travaux de Mérière ont prouvé depuis longtemps que la surdi-mutité, considérée en général, n'est pas une infirmité héréditaire, ou du moins ne l'est que très exceptionnellement.

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE DES COURANTS ALTERNATIFS DE HAUTE FRÉQUENCE.

Deuxième note par M^r. G. APOSTOLI et BERLIOZ présentée par M. D'ARSONVAL, à l'Académie des Sciences de Paris.

Depuis les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval, l'application thérapeutique des courants de haute fréquence est entrée dans la voie de la pratique, d'abord sous forme d'applications locales par le Dr Oudin, et ensuite en applications générales par l'un de nous (Apostoli).

Nous avons déjà fait connaître dans une première note (comptes rendus de l'Académie des sciences, séance du 18 mars 1895) les résultats de notre première année de pratique d'*auto-conduction* ; depuis lors, l'accumulation de faits plus nombreux nous permet de venir confirmer et compléter nos premières recherches et de mieux établir les bases des indications et contre-indications thérapeutiques.

Nous avons, de plus, depuis 1895, agrandi et perfectionné notre premier outillage thérapeutique.

L'*auto-conduction* seule par la cage ou le grand solénoïde, qui avait été presque exclusivement employée dans notre première année de pratique, a été complétée par les procédés suivants :

- 1) *Même auto-conduction* dans le même solénoïde avec *contact* complémentaire et simultané du malade par les mains à l'un des pôles du solénoïde.
- 2) Malade couché sur un *lit condensateur* avec contact polaire par les mains.
- 3) Même position du malade avec *révulsion* locale simultanée soit par la main du médecin, soit à l'aide d'une électrode spéciale.
- 4) Application *directe* au malade du courant engendré par un petit solénoïde.
- 5) Application *locale* et uniquement unipolaire avec le résonnateur du Dr Oudin soit sur la peau, soit dans le vagin ou l'utérus.

Nous nous bornerons aujourd'hui à mentionner seulement les résultats obtenus par le lit et la cage (avec ou sans contact), nous réservant de publier dans une prochaine note tous les faits qui ressortissent des autres modes d'application des mêmes hautes fréquences.

L'un de nous (Apostoli) a fait, au total, de janvier 1894 au 1^{er} juillet 1897, 12,728 applications de haute fréquence qui portent sur 518 malades qui peuvent se décomposer ainsi :

CLINIQUE : 292 malades, dont 231 ont subi 7,424 applications générales (lit—cage avec ou sans contact—application directe) et dont 61 n'ont reçu que des applications locales au nombre de 553, soit sur la peau, soit dans le vagin.

CABINET : 226 malades qui ont reçu 4,751 applications générales ou locales.

La durée de chaque séance a oscillé, comme précédemment, entre 10 et 30 minutes et la moyenne a été de 15 minutes appliquées autant que possible tous les jours.

Les précautions les plus strictes ont toujours été prises pour écarter toute influence parallèle soit d'un régime spécial, soit d'une médication additionnelle, et nos malades n'ont été soumis qu'à cet unique traitement.

Voici les nouvelles conclusions générales très sommaires que nous permettent de formuler nos trois années et demie de pratique actuelle.

Tout d'abord, les analyses chimiques urinaires, au nombre de 761, que l'un de nous (Berlioz) a faites sur 280 de nos malades, ont été généralement l'objet des mêmes réponses qui ont déjà été mentionnées dans notre première note (18 mars 1895) et qui ont toujours les caractéristiques suivantes :

- *L'amélioration de la diurèse et l'élimination plus facile des excréta ;*
- *La suractivité plus grande des combustions organiques ;*
- *La tendance du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de 1:40^e.*

De plus, en comparant sommairement sur les mêmes malades les résultats parallèles du deuxième traitement (lit) avec le premier (cage), M. Berlioz a vu que, par le dit condensateur, l'émission des urines a légèrement augmenté comme abondance et que, sous cette deuxième influence, *qui paraît plus active sur le processus nutritif*, l'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique et les chlorures se sont notablement accrus sous la réserve, cependant, que les acides phosphorique et urique ont conservé sensiblement leurs mêmes rapports avec l'urée dans les deux cas (lit et cage).

D'une façon générale, lorsque les hautes fréquences sont bien supportées, on les voit produire assez rapidement tous les résultats symptomatiques et cliniques que nous avons déjà décrits les premiers en 1895 et qui peuvent se synthétiser ainsi :

- Restauration progressive de l'état général ;
- Relèvement des forces et de l'énergie ;
- Réveil de l'appétit ;
- Meilleur sommeil ;
- Meilleure digestion ;
- Réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche.

Mais voici les groupes principaux de maladies contre lesquelles nous l'avons appliqué, soit avec un succès plus ou moins complet, soit avec un insuccès partiel ou total.

RÉSULTATS NÉGATIFS

L'*Hystérie*, que l'on doit traiter avant tout par la Statique ou Franklinitisation, est rarement justiciable des hautes fréquences et peut même se trouver sous leur influence momentanément aggravée.

La *Neurasthénie* également, surtout lorsqu'elle est compliquée d'Hystéricisme, subit généralement les mêmes contre-indications.

Les *Névrites* ainsi que toutes les affections fébriles où l'élément *Douleur* est prépondérant (comme dans le rhumatisme aigu, l'accès de goutte, etc., etc.) ne sont l'objet d'aucun soulagement immédiat sous l'action des hautes fréquences et on assiste même parfois à une aggravation des troubles symptomatiques douloureux antérieurs.

RÉSULTATS POSITIFS

L'indication fondamentale et principale est le relèvement de l'état général dans les maladies par ralentissement de la nutrition, chez tous les débilisés à un titre quelconque.

L'*Arthritisme*, dans toutes ses diverses manifestations, est avant tout très efficacement influencé.

Le *Rhumatisme chronique* s'améliore le plus souvent considérablement ; les mouvements deviennent plus faciles, les membres plus souples, la marche plus aisée ; les douleurs toutefois ne s'atténuent que plus ou moins tardivement, mais la guérison symptomatique définitive peut être quand même obtenue sous leur unique influence.

L'*Obésité* est favorablement influencée, sinon directement, mais presque toujours d'une façon secondaire par le relèvement de l'état général et l'activité plus grande imprimée aux fonctions organiques.

L'*Asthme*, qui est une des manifestations de l'arthritisme, peut retirer de cette même médication des bénéfices plus ou moins durables.

L'*Anémie* et la *Chloro-anémie* sont rapidement très favorablement améliorées.

Le *Diabète* a largement bénéficié de ce traitement et, sous son unique influence, la quantité du sucre a souvent diminué.

Mais, même dans les cas nombreux en apparence réfractaires, avec conservation intégrale du sucre, sans modification chimique appréciable de la glycosurie, l'état général a toujours été relevé et le traitement a été marqué par une amélioration symptomatique constante.

En résumé, les courants de haute fréquence conservent toutes les propriétés thérapeutiques que nous leur avons reconnues en 1894 et que confirment les travaux physiologiques du professeur d'Arsonval.

Sans avoir la prétention de se substituer aux autres modes électriques qui conservent, chacun dans leur sphère d'action, leurs indications et contre-indications propres, ils constituent une acquisition des plus précieuses pour la thérapeutique générale des maladies chroniques.

Ainsi, tous les malades affaiblis et atteints d'une maladie apyrétique par ralentissement ou perversion de la nutrition peuvent, à un degré variable, il est vrai, en être justiciables.

Mais, d'autre part, les nerveux, ou mieux tous les entaches d'hystérie, de même que toutes les affections aiguës, fébriles et douloureuses présentent, sous une forme plus ou moins accusée, des contre-indications passagères ou permanentes à leur emploi.

Si le courant statique est le médicament par excellence du système nerveux surtout périphérique, les hautes fréquences sont avant tout le médicament de la cellule et un modificateur très puissant de la nutrition générale

DE LA CONTINUITÉ DE LA VIE COMME BASE DE LA CONCEPTION BIOLOGIQUE

M. VIRCHOW.—Au moment solennel où ce siècle va finir, peut-être est-il utile d'entretenir le Congrès (1) de l'état de notre science. Je ne sais si le XX^e siècle nous apportera quelque chose qui n'ait point encore été dit, mais celui-ci nous a donné beaucoup.

Au commencement de notre siècle, l'on croyait qu'il suffisait de raisonner et de réfléchir pour savoir. Cette tendance déplorable a jeté le trouble dans bien des esprits et a enfanté beaucoup de charlatanisme dont nous ne sommes point encore tout à fait débarrassés. Le magnétisme animal et l'hypnotisme servent encore de prétexte à des expériences auxquelles nous ne pouvons penser sans rougir.

Maintenant la pathologie va devenir une branche de la biologie : j'ai usé ma vie à soutenir cette idée.

Je suis maintenant un vieillard, il est peu probable que je voie le nouveau siècle et personnellement cela m'importe peu, mais je voudrais que le problème que vous tenterez de résoudre soit de voir la pathologie devenir une science biologique. Pour cela, il ne faut point vous enfoncer dans les spécialités : l'idéal

(1) Congrès de Moscou.

serait d'atteindre l'universalité. Il y a 100 ans, la médecine s'épuisait à créer des systèmes et des classifications. C'était un reste de la forme d'esprit qui caractérise le moyen âge.

C'est au moment de la Renaissance et de la Réforme que l'esprit humain tenta de se débarrasser de ses entraves. Paracelse, aventurier de génie, se demanda ce qu'était la vie. Il comprit qu'elle avait deux formes: la vie de l'individu tout entier et la vie de ses parties constituantes. Harvey corrobora cette opinion par sa découverte de la circulation, Malpighi l'appuya encore en découvrant les capillaires. Après eux nous avons marché dans cette voie et l'étude de la biologie devint une part importante de la médecine.

Lorsque la chimie devint à son tour une science, elle nous fit faire un pas encore sur notre route. Les théories biologiques, d'histologiques qu'elles étaient, devinrent chimiques et l'on apprit ce qu'il y avait de vérité dans les doctrines humorales. L'étude de la sérothérapie sera dans ce sens des plus fructueuses si nos successeurs savent résister à ce qu'elle a de trop facile et de trop séduisant. C'est sans doute la dernière fois que je parle dans une semblable réunion et vous pardonnerai à un vieillard ce que sa parole peut avoir de trop doctrinaire.

Arrivé à ce point nous pouvons tenter de nouveaux moyens de résoudre le problème de la vie. Mais il faut que nous y apportions toute l'indépendance d'esprit que nous avons gagnée et toute la sévérité de nos méthodes d'investigation. La génération spontanée et les autres spéculations du même genre doivent disparaître désormais de nos idées et c'est avec le microscope et des observations exactes que nous pourrions avancer encore.

Les éléments monocellulaires de notre corps ou de l'extérieur sont aujourd'hui la dernière limite que nous puissions atteindre. C'est d'eux que découlent toutes les manifestations vitales que nous connaissons. Eux-mêmes, d'où viennent-ils? Voilà ce que nous ne savons plus. Il est possible qu'il ait existé autrefois des sources de la vie, mais aujourd'hui nous n'en connaissons plus de traces. Mais d'un élément vivant peuvent naître, nous le savons maintenant, tous les éléments vivants. La *continuité de la vie* doit être pour nous un dogme. Qu'il s'agisse de la naissance d'un être organisé ou d'une maladie, c'est une cellule vivante que nous trouverons à l'origine. Le darwinisme tout entier vient de cette idée et la continuité de la vie cellulaire suffit à expliquer les transformations héréditaires des organismes les plus complexes.

Je ne puis ici que parcourir rapidement les étapes principales de cette longue route suivie par l'esprit humain. Vous trouverez dans toutes les sciences les confirmations de ces idées. Le siècle qui va commencer servira sans doute à consolider l'édifice indestructible de nos croyances biologiques. Les systèmes construits par les hommes sont fragiles, mais, de même que les espèces persistent et se développent malgré toutes les œuvres de destruction, ce dogme de la continuité de la vie qui résume notre science contemporaine persistera désormais à travers les errements de l'esprit humain.

MYCOSIS DU PHARYNX.

Par CHARLES A. PRÉVOST, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, du "Journal des Praticiens," Paris 4 Sept 1897.

Cette affection, assez rare, est caractérisée par l'apparition sur les amygdales, la base de la langue, et quelquefois sur la paroi postérieure du pharynx, l'épiglotte, de petits points blancs, ayant la forme de champignons ou de "barbe de capucin" ou de têtes de clou. Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître le leptotrix buccalis dans les points blancs mycosiques, et quelques-uns déduisent d'après cette présence constante que le leptotrix est la cause de la maladie (Colin, Cornil). D'après PRÉVOST (*Th. Paris, 1897*), on rencontre non

seulement le leptotrix buccalis, mais aussi l'oïdium albicans, le nigrities linguae, le mycosis sarcine, l'aspergillus fumigatus ; et. dans l'état actuel de la science, on ne peut affirmer que le leptotrix soit le parasite qui engendra la mycose du pharynx. Parfois, on ne rencontre aucun microbe et seulement des lamelles de nature cornée.

L'étiologie de l'affection est encore obscure, et on a surtout insisté sur les causes adjuvantes du développement de la mycose, à savoir l'état catarrhal du pharynx (Krauss, Garel), la dyspepsie, la carie dentaire, l'acidité de la salive, l'amygdalite chronique et à répétition. Colin cite le cas d'une femme enceinte présentant un certain nombre de points mycosiques et qui disparurent spontanément à la suite de l'accouchement. Mais, le plus souvent, la cause étiologique s'échappe et l'affection n'est dévoilée que par hasard. D'après plusieurs auteurs, la mycose pharyngée serait plus fréquente chez les femmes et dans la seconde enfance.

Guinier pense que le lymphatisme offrirait un excellent terrain, mais on a noté au contraire que la plupart des malades appartient à la classe aisée, où l'hygiène a le moins à souffrir. La maladie n'est pas directement transmissible et n'est pas contagieuse (Hemenway).

Cliniquement, l'affection peut siéger sur les différentes amygdales, sur la base de la langue, parfois sur tout le pharynx et se manifeste par deux ordres de symptômes ; des symptômes objectifs et des symptômes subjectifs. Ces derniers sont parfois seuls, à tel point que la symptomatologie est presque entièrement objective. Dans certains cas, il y a de la sensation de sécheresse et d'irritation dans l'isthme du gosier, de la gêne ou de la douleur à la déglutition. une sensation de chatouillement, de bande autour du cou. de corps étranger s'accompagnant de toux et de râclement. Thomas a observé des cas avec fièvre et perte de l'appétit. La respiration fétide, mais rarement, a été rencontrée par Gautier. On a pu noter des vomissements, de l'asthme. La voix peut être diminuée quant au ton et devenir rauque.

Bien plus importants sont les signes objectifs dont nous empruntons l'excellente description à PRÉVOST. Les points mycosiques ont souvent la forme de grains de millet de touffes de champignons rappelant l'aspect de la barbe de capucin ou de plaques jaunâtres simulant des taches diphtériques ; le toucher donne la sensation de saillie et, en effet, les mycoses saillent de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse. Ils sont unis à leur surface, ou bien irréguliers, frangés, d'un blanc jaunâtre, et se détachent avec assez de difficulté à cause de la pénétration des microbes dans l'épaisseur de la muqueuse ; l'arrachement amène parfois un petit suintement de sang. Thomas donne à la description de ces points deux formes : la forme diffuse et la forme circonscrite. Dans la forme diffuse, la langue est recouverte totalement d'une masse brillante comme du lait, qui fréquemment est suffisamment dense. Les mouvements de la langue et la sensation de goût ne sont pas perdus, et la santé générale n'est pas atteinte. Dans la forme circonscrite, des points brillants apparaissent, et la membrane muqueuse, autour d'eux, conserve sa couleur rose. Un des principaux caractères de ces clous mycosiques est qu'ils sont très tenaces ; et, quand on les enlève avec la pince, ils se reproduisent rapidement à la même place, parfois dans les 24 heures. Quelquefois, ces clous filaments se réunissent en formant une membrane. D'autres fois, ils sont cornés et pointus et rassemblés en forme de grappe, comme les grains de figue, ou en forme des plaques musculaires. La lésion siège, par ordre de fréquence aux amygdales à la base de la langue, dans les fossettes glosso-épiglottiques, les parois postérieures et latérales du pharynx, au milieu des piliers, de la voûte nasopharyngée des fosses nasales. Parfois, l'épiglotte est atteinte et aussi la membrane inter-aryténoïdienne. Vanderpool dit que le siège de prédilection est l'amygdale gauche. La marche de l'affection est lente ; sa disparition peut être spontanée avec le temps.

Le diagnostic est en général facile avec l'amygdalite lacunaire, car, dans

cette dernière, les points sont mous et friables, demi-liquides et non adhérents. Parfois, il existe des *bouchons de mucus et d'épithélium* dans les lacunes des amygdales, mais ils sont de couleur jaunâtre, toujours isolés et s'enlèvent facilement. Une légère pression, une quinte de toux suffisent pour les faire sortir de leurs loges.

Les *kystes lacunaires* des amygdales forment des élévations plates transparentes, jaunâtres, isolées et occupant habituellement le sommet des amygdales.

Les *concrétions calcaires* sont plus grosses, ne récidivent pas et rendent sous le stylet un son pierreux.

Les *concrétions caséuses* dans la pharyngite granuleuse sont plus molles et moins adhérentes.

La *kératose pharyngée* de Brown-Kelly, où on note aussi la présence de leptotrix, se distingue de mycose, en ce que les excroissances sont rudes, très adhérentes, de forme caractéristique. PRÉVOST n'admet pas cette variété.

Le pronostic est favorable malgré une résistance au traitement qui doit être actif. Après nettoyage de la gorge avec des gargarismes chauds, avec une solution de résorcine au 1/100 on pratique soit l'extirpation avec la pince nasale de Duplay (Castex), soit la cautérisation galvanique ou thermique suivie d'attouchement avec des solutions de chlorure de zinc au 1/20, d'acide lactique (Hemeway), d'hyposulfite de soude (Webster), d'acide chromique (Wagnier), d'acide tannique (Semon), de sublimé à 2/1000 (Jacobson), de chlorure de zinc ioduré (Labit), selon la formule :

Chlorure de zinc fondu en plaques.....	45 grammes
Eau.....	25 —
Iodure de potassium.....	70 —
Iode.....	4 gr. 25

ou de perchlorure de fer (Colini). Simultanément, on fera des gargarismes à la résorcine ou au chlorate de potasse. — M. D.

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

Le but de ces tableaux synoptiques a été de condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien pour lui permettre de porter, sur les affections les plus communes, un diagnostic certain, sans lequel la thérapeutique n'est qu'une vaine chimère. On a surtout cherché à donner beaucoup sous une forme concise, frappant l'œil et l'esprit, de façon à permettre au praticien d'avoir immédiatement une vue d'ensemble de chaque affection, avec son cachet spécial. Aussi l'auteur s'est-il étendu sur les *formes cliniques*, encore plus fréquentes dans la nature que dans les livres, qui peuvent masquer l'élément principal de la maladie, et où la prédominance de tel signe peut faire errer le diagnostic. À côté de la symptomatologie qui constitue la donnée fondamentale de la médecine, l'auteur a donné tous ses soins à ce qui est la sanction de tout bon diagnostic, au *traitement*, qui intéresse surtout le malade, et vers lequel devront tendre tous les efforts du médecin.

Ces tableaux synoptiques seront d'un utile secours aux étudiants, à la veille des examens ou des concours, ainsi qu'aux praticiens dont la mémoire n'est pas infallible et qui, en thérapeutique surtout, marchent rarement de pair avec l'évolution de la science : ils trouveront signalés dans cet ouvrage les traitements les plus récents, et les bienfaits que la clinique peut retirer des méthodes nouvelles.

CHIRURGIE.

**TRAITEMENT DES HERNIES CONGÉNITALES DE L'ENFANCE PAR
LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC.
TECHNIQUE OPÉRATOIRE.**

Par M. le professeur LANNELONGUE, (*Hôpital Trousseau*).

La consultation nous amenant aujourd'hui un certain nombre de petits malades atteints de hernie inguinale congénitale, je profite de cette occasion pour vous entretenir d'un traitement que j'ai préconisé le premier et que je mets en pratique depuis six mois. Ce traitement consiste à faire, autour de l'anneau et du trajet inguinaux, des injections de chlorure de zinc, qui secondairement doivent amener leur fermeture.

Je me propose aujourd'hui de vous décrire le manuel opératoire auquel je me suis définitivement arrêté; cela dit, nous passerons à la pratique, et nous exécuterons cette opération devant vous.

Le premier des enfants que vous venez de voir est celui dont la hernie est la plus volumineuse. C'est de tous aussi le plus âgé, le plus fort, celui aussi dont le trajet inguinal est le plus large.

Cet enfant a quatorze ans et demi. Il n'a pas dans sa famille d'antécédents herniaires. Il a été élevé au sein, sevré à treize mois, et n'a eu d'autre maladie qu'une rougeole légère à l'âge de sept ans. On ne trouve pas chez lui de vestige de syphilis ou de tuberculose. Il n'y a pas non plus trace de rachitisme. Il est vigoureux, relativement bien musclé, et serait en état parfait de santé s'il ne ressentait déjà les premières atteintes d'une maladie nerveuse, grave pour l'avenir : l'épilepsie.

Il a une hernie depuis deux ans. Elle est survenue sans aucune cause occasionnelle apparente, et dès les premiers jours elle est descendue au fond des bourses.

Quand on l'examine, on trouve dans le scrotum, du côté droit, une tumeur molle, du volume d'un gros œuf de poule, remontant dans le trajet inguinal. En bas, elle descend presque au contact du testicule; néanmoins elle en est légèrement séparée. Elle se réduit aisément, en produisant du gargouillement. Elle est sonore à la percussion.

Le doigt qui suit la hernie, lorsqu'on la réduit, pénètre dans le canal inguinal avec facilité. C'est vous dire la largeur de ce trajet et l'écartement des piliers. Si l'on fait tousser le malade, le doigt est repoussé, et si l'on retire l'index du trajet inguinal, la hernie redescend.

Les deux testicules sont dans les bourses : ils sont normaux. Il n'y a ni hydrocèle, ni kyste du cordon.

Sans nous attarder à un diagnostic, très facile du reste, mais qui n'est pas le but de cette leçon, je conclurai en disant : hernie inguinale droite congénitale, variété funiculaire, à contenu intestinal, remarquable par son volume et par la largeur du trajet inguinal.

J'insiste à dessein sur le volume de la tumeur. Vous verrez, en effet, rarement chez les enfants des hernies plus grosses qu'un œuf de poule. A cet âge, les hernies sont habituellement petites et se produisent avec facilité. Ici, au contraire, nous avons une hernie volumineuse avec un canal vagino-péritonéal large. De plus, les piliers inguinaux sont très élargis. Cette hernie appartient aux cas difficiles à traiter.

Voici comment nous allons procéder. L'enfant doit être endormi au chloroforme; la région inguinale, savonnée et lavée au sublimé, sera isolée avec

des compresses aseptiques. La solution de chlorure de zinc dont je me sers est une solution au 1/10; le seul instrument nécessaire est une seringue de Pravaz ordinaire, avec une aiguille qui se visse. Cela pour éviter que l'aiguille se détache et que le liquide se répande

La hernie étant à droite, je me place à droite du malade, mon aide à ma gauche. Son rôle consiste à appuyer fortement avec le doigt sur la paroi abdominale, en face de l'orifice inguinal profond, pour interrompre ainsi toute communication entre le sac herniaire et le péritoine abdominal. Cela fait, mon index gauche sent l'anneau inguinal et le bord supérieur du pubis, entre l'épine et la symphyse. En ce point, j'ai le cordon sous mon doigt; il est superficiel, comme vous le savez, et malgré le pannicule adipeux toujours développé chez les enfants, on retrouve aisément le canal déférent et les éléments du cordon. Je place sur eux la pulpe de l'index gauche, et par une pression brusque, comme par une véritable énucléation, je chasse le cordon vers la ligne médiane: mon index le maintient écarté.

C'est à ce moment que je fais ma première piqûre, au ras du cordon, à sa droite, en dirigeant ma seringue obliquement en bas et un peu en arrière, sur le bord supérieur du pubis, jusque dans le périoste. Je dépose ainsi sur l'os cinq à six gouttes de chlorure de zinc et je retire brusquement l'aiguille pendant que l'aide essuie l'orifice capillaire avec un tampon. Je fais une deuxième piqûre, toujours à droite et au ras du cordon, un peu au-dessous de la première, mais aboutissant au pubis. J'en fais une troisième, puis une quatrième, toujours de cinq à six gouttes chacune.

Il faut maintenant injecter du côté gauche du cordon. Pour cela, je passe à gauche du malade, l'aide ne bougeant pas, son index restant fixé sur l'orifice inguinal profond. Je chasse avec l'index le cordon, cette fois-ci vers la droite, et je refais le long du bord gauche du cordon, sur le bord supérieur et la face antérieure du pubis, quatre piqûres de cinq à six gouttes chacune. Cela fait, je laisse un tampon compressif sur la paroi abdominale, vis-à-vis de l'orifice inguinal profond. Je le maintiens fixé par quelques tours de bande de tarlatane. Je laisse réveiller le malade; l'opération dure habituellement deux minutes, et j'ai injecté cinquante gouttes environ d'une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Voilà toute la technique de cette opération, si simple, si à la portée de tout le monde, où il suffit d'être propre et de ne pas vouloir tuer son malade pour le guérir.

Mais, me direz-vous, n'y a-t-il donc aucun danger? Ne risquez-vous pas de faire pénétrer du liquide dans la cavité abdominale, ou de blesser le cordon?

Le liquide n'entre pas dans l'abdomen, parce que le doigt de mon aide l'en empêche au moment de l'opération et que, dans les premières heures qui suivent l'opération, toute communication avec la cavité abdominale est rendue impossible, grâce à un tampon compressif. Du reste, alors même que le liquide pénétrerait dans l'abdomen, aucun accident fâcheux n'en résulterait. Les expériences que j'ai entreprises dans mon laboratoire de la Faculté m'ont appris que ces injections faites sur le péritoine pariétal étaient absolument inoffensives.

Je risque peu également de piquer le cordon. Vous avez vu mes précautions pour l'isoler et la facilité avec laquelle je puis l'écarter. Et alors même que je le piquerais, je suis persuadé qu'il n'en résulterait rien de fâcheux, ni pour les veines, ni pour le canal déférent. Je me contente de vous l'affirmer. Croyez-moi pour le moment; dans quelque temps vous en aurez la preuve expérimentale et, ce qui est mieux, la preuve clinique.

Je dis la preuve clinique, et cette preuve est en partie faite, car voici deux de mes petits malades que j'ai opérés le 22 juin 1896. Remarquez comme l'anneau inguinal est bouché. Votre doigt n'entre pas dans le canal. Il n'y a aucune impulsion à la toux, au niveau du trajet herniaire. Le cordon et le testicule sont indemnes.

Il me faudrait une leçon nouvelle pour vous parler des résultats éloignés

de ces opérations. Je me réserve de les publier d'ici peu. Mais en attendant, vous pouvez voir sur ces deux malades que je vous présente les bénéfices de cette intervention. J'ai déjà inspiré une thèse à un de mes élèves, M. de Combes, sur les résultats immédiats des injections de chlorure de zinc dans le traitement des hernies congénitales de l'enfance. J'ai parlé moi-même, à l'Académie de médecine et au dernier congrès de chirurgie, de cette opération. Suis-je en droit aujourd'hui, après huit mois d'observation attentive, de vous parler de ses résultats tardifs ?

Je vois que je le pourrais. Mais bien que ma conviction soit faite, je préfère, pour la rendre inébranlable, multiplier encore ces tentatives si innocentes. Quant à vous, pénétrez-vous aujourd'hui de ce que vous avez vu, c'est-à-dire de la facilité de cette opération, de la simplicité de sa technique, de la rapidité et de la sécurité de son exécution.

SUR UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DU SAC DANS LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES

MM. DUPLAY et CAZIN.—Le procédé que nous employons pour la cure radicale des hernies inguinales, dans les conditions que nous allons préciser, comporte deux points essentiels : le premier point consiste dans la conservation du sac, qui contribue à donner une cicatrice solide, en constituant une sorte de bouchon organique, interposé entre le péritoine et le fascia transversalis. Le deuxième est relatif à la suppression des fils perdus, qui nous paraît constituer un avantage appréciable, à la condition qu'on puisse le faire sans compromettre la solidité de la cure radicale.

Après avoir disséqué le sac de façon à le débarrasser complètement de toutes les lames conjonctives qui le revêtent extérieurement, nous plaçons une pince sur la base du sac, au ras de l'orifice inguinal, et nous confions cette pièce à un aide qui peut ainsi maintenir le sac attiré au dehors, et nous nouons le sac une première fois, en serrant le nœud le plus haut possible sur le pédicule fortement tendu. On réalise ainsi, grâce à la traction, une destruction parfaite de l'infundibulum péritonéal, et en faisant ensuite un ou deux nœuds successifs, avec le reste du sac, on empêche le premier nœud de se resserrer, en même temps qu'on constitue avec le sac un bouchon compact qui, dès que la traction cessera, remontera de lui-même un peu au-dessus de l'orifice inguinal interne. D'ailleurs, si l'on a pris la précaution, après la dissection du sac, de l'essuyer fortement avec un tampon sec pour étancher les particules grasses qui pouvaient lui adhérer, le premier nœud n'a généralement pas de tendance à se desserrer, surtout s'il est mince.

Quand le sac est court, on est quelquefois obligé de se borner à faire un seul nœud avec la totalité du sac, mais il est alors prudent, pour empêcher le nœud de se desserrer, de fendre longitudinalement le reste du sac et de nouer ensemble une ou deux fois de suite les deux chefs ainsi obtenus. Par surcroît de précaution, on peut même, avant de nouer, passer l'un des deux chefs dans l'autre préalablement traversé par une aiguille mousse, et répéter cette manœuvre pour chacun des deux successivement.

Avec le sac transformé de cette façon en un peloton allongé, on interpose ainsi entre le fascia transversalis et le péritoine une masse conjonctive qui joue d'abord le rôle de soutien provisoire, et qui, en se fusionnant avec les parties voisines, finit par fermer complètement l'orifice herniaire en se transformant en un tissu fibreux, compact et résistant.

Le deuxième point que nous avons expérimenté, et qui consiste dans la suppression de l'emploi des fils perdus, *lorsqu'on peut le faire sans compromettre la solidité de la cure radicale*, est loin d'être applicable à tous les cas, comme le mode de traitement du sac que nous venons de décrire.

En effet, lorsque la paroi abdominale est faible, lorsque le trajet inguinal

est transformé en un large anneau qui donne facilement passage à deux ou trois doigts, il est absolument nécessaire de reconstituer la paroi postérieure du canal à l'aide du procédé de Bassini, et on ne peut, par conséquent, se passer de l'emploi des fils perdus.

Quand, au contraire, on a affaire à une hernie congénitale, par exemple, avec une paroi abdominale résistante et un canal admettant à peine l'extrémité de l'index, il est inutile de recourir à des sutures à fils perdus, lorsque, ayant noué plusieurs fois de suite le sac sur lui-même, on a constitué ainsi un bouchon solide, qui s'interpose entre le péritoine et le fascia transversalis. Il suffit, en effet, dans ce cas, pour obtenir une cicatrice pariétale suffisamment solide, de passer deux ou trois fils d'argent profonds, qui prennent chacun des piliers et les rapprochent l'un de l'autre. Il ne reste plus ensuite qu'à compléter la réunion par quatre ou cinq fils comprenant toutes les parties molles qu'on peut ramener au-devant de l'anneau inguinal. Quant à l'hémostase, on l'obtient facilement par la simple torsion des artérioles, sans qu'il soit utile de faire la moindre ligature.

Quelle que soit la rareté des accidents immédiats ou tardifs qui résultent de l'emploi des fils perdus dans les hernies, il n'est pas sans intérêt de pouvoir s'en passer, sans compromettre la solidité de la cure radicale.

Beaucoup de chirurgiens, il est vrai, ont renoncé à la soie, pour se servir exclusivement du catgut, en raison des infections tardives auxquelles les fils de soie peuvent donner lieu, mais le catgut se résorbe souvent tellement vite, qu'on est en droit de penser qu'il ne réalise pas une coaptation des tissus aussi satisfaisante que les fils métalliques laissés en place pendant une dizaine de jours.

Indépendamment des cas dans lesquels nous avons associé à la méthode de Bassini notre procédé de traitement du sac, nous avons, depuis le mois de mai 1896, pratiqué 33 fois la cure radicale de la hernie inguinale, sans fils perdus, suivant la technique que nous venons d'exposer.

Toutes ces opérations ont été suivies de guérison parfaite sans le moindre incident. 27 de nos opérés ont été revus par nous ; pour 4 d'entre eux, l'opération ne date que de 1 à 5 mois ; pour les autres elle remonte à 6 à 8 mois, dans 6 cas ; à 9 ou 10 mois, dans 6 cas également ; à 11 ou 12 mois, dans 8 cas, et enfin à 13 ou 14 mois pour 3 cas. Chez tous nous avons pu constater la solidité parfaite de la cicatrice. Si l'on admet avec M. Lucas-Championnière que les récidives, quand elles doivent se produire, surviennent dans les 6 mois qui suivent l'opération, nous pouvons considérer 22 de ces opérés comme devant compter sur une guérison définitive.—(Congrès de Moscou).

DE L'INCISION LOMBO-ILIAQUE DANS LE TRAITEMENT

DES APPENDICITES SUPPURÉES

M. GRINDA, de Nice, expose les indications et les avantages dans le traitement des appendicites suppurées d'une incision qui suit le bord externe de la masse sacro-lombaire et s'incurve dans sa partie inférieure pour se prolonger parallèlement et à 1 travers de doigt au-dessus de la crête iliaque jusqu'à 3 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette incision lombo-iliaque est indiquée dans tous les cas où les signes locaux permettent de croire à la présence d'un abcès appendiculaire rétro-cæcal. On se basera surtout pour ce diagnostic sur l'existence d'une douleur vive au niveau du triangle de J.-L. Petit alors que le point de Mac Burney est peu ou pas douloureux, sur une sensation particulière de résistance et de plénitude du flanc droit, sur la sonorité de la fosse iliaque droite.

Dans les cas où le siège de l'abcès est indéterminé, où l'on n'a ni submatité, ni empatement diffus dans la fosse iliaque-droite, c'est encore à l'incision lombo-iliaque qu'on peut avoir recours. Si, en effet, l'appendice au lieu de siéger en arrière du cæcum est situé latéralement ou en avant, il est facile de l'attendre en décollant le cæcum grâce à la partie iliaque de l'incision.

L'incision lombo-iliaque permet de découvrir le cæcum et l'appendice par la voie la plus directe et la plus sûre. Elle expose moins que l'incision classique à l'infection du péritoine et évite toujours la dissection difficile et dangereuse des anses d'intestin grêle souvent interposées entre le cæcum et la paroi abdominale antérieure. Elle assure par sa seule situation un drainage parfait de la plaie opératoire ; enfin elle met à l'abri des éventrations.—(Congrès de Moscou).

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ARTHROTOMIE ET DE RÉSECTION DE L'ÉPAULE.

M. S. DUPLAY, de Paris. Pour aborder largement l'articulation de l'épaule, dans le cas d'ostéo-arthrite, j'emploie depuis 4 ans le procédé suivant, qui m'a donné constamment les meilleurs résultats :

Je pratique d'abord l'incision antérieure classique, qui, partant du milieu de l'espace, situé entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, descend obliquement en bas et un peu en arrière, suivant la direction des fibres du deltoïde, sur une étendue de 8 à 10 centimètres. De l'extrémité supérieure de cette incision, on en fait partir une seconde qui contourne et suit exactement les bords antérieur et externe de l'acromion jusqu'à sa limite postérieure. Disséquant alors la lèvre supérieure de cette deuxième incision, on met à découvert toute la face supérieure de l'acromion, jusqu'au niveau de l'articulation acromio-claviculaire.

On scie alors l'acromion obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, et on achève de mobiliser le fragment osseux ainsi détaché et auquel s'insèrent les fibres du deltoïde, en sectionnant quelques brides fibreuses qui le retiennent à sa face profonde. La première incision ayant sectionné toute l'épaisseur des parties molles, on a donc constitué un grand lambeau triangulaire dont le sommet mobile répond à l'angle de réunion des 2 incisions. En renversant ce lambeau en dehors et en dedans, on met largement à découvert toute l'articulation, et, la capsule articulaire étant ouverte, on aborde alors aussi aisément la cavité glénoïde que la tête humérale, et l'on se comporte comme il convient, suivant l'étendue des lésions que l'on a sous les yeux. L'opération terminée, on relève le lambeau et on suture l'acromion à l'aide de 2 ou 3 fils d'argent avant de fermer la plaie cutanée. Severanu, de Bucarest, a également pratiqué la section de l'acromion, après une section sus-acromiale antéro-postérieure, pour le traitement des luxations irréductibles de l'épaule. J'ai eu même l'occasion d'appliquer le procédé que je viens de décrire à la réduction et à la résection de la tête humérale dans plusieurs cas de luxations anciennes de l'épaule, et l'opération s'est toujours faite très facilement.—(Congrès de Moscou).

Quand faut-il commencer le traitement de la syphilis ? — M. JULIEN fait remarquer que l'accord semble devoir se faire en faveur du traitement le plus hâtif et le plus actif. Aussi a-t-il demandé au Congrès de Moscou comme conclusion que tout syphilitique fut soumis, dès l'apparition du chancre, au traitement spécifique le plus sévère, et que l'usage des injections de calomel se généralisât, puisqu'en agissant ainsi on peut prévenir presque toujours les exanthèmes roséoliques.

Le cycle de la maladie, si disciplinée jadis, est perturbé, les éruptions sont disparates, les périodes supprimées ou amoindries. Un tel résultat ne se dément pas si le traitement est soigneusement continué pendant un an ou plus, s'il est nécessaire. Et il y a lieu de penser qu'aux époques ultérieures, le virus, affaibli dès la première heure et sans cesse combattu, se trouvera sans force pour créer une phase morbide nouvelle.

Aussi, dit M. Jullien, le véritable traitement de la syphilis doit se faire avant son éclosion.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE L'EXPLORATION EXTERNE.

M. LÉOPOLD (de Dresde), *rapporteur*.—L'expérience m'a montré que dans les accouchements normaux on peut très bien se passer du toucher vaginal et se borner à l'exploration externe, laquelle fournit des indications obstétricales suffisantes. Il y aurait donc lieu, afin d'éviter les infections puerpérales, de s'abstenir autant que possible de l'exploration interne dans les accouchements normaux, pour n'y avoir recours qu'en cas de dystocie, et encore dans la mesure strictement nécessaire.

Pour que l'exploration externe puisse vraiment donner des renseignements précis sur la position et la présentation, il faut qu'elle soit pratiquée symétriquement et qu'elle comprenne les quatre temps suivants :

Le premier consiste à promener la paume des mains sur la face antérieure de l'utérus jusque vers le fond de cet organe pour apprécier le volume de la matrice et la position (verticale ou transversale) du fœtus.

Dans le second temps, l'accoucheur glisse les deux mains le long des bords de l'utérus, ce qui permet de reconnaître la situation du dos de l'enfant.

Dans un troisième temps, on cherche à saisir entre le pouce et l'extrémité du médium de la même main la partie fœtale située près du détroit supérieur du bassin.

Enfin, dans le quatrième temps, l'accoucheur enfonce l'extrémité des doigts dans les parties latérales de la cavité pelvienne et parvient ainsi à déterminer la partie fœtale qui se présente, même lorsqu'elle est située profondément.

M. PINARD (de Paris), *co-rapporteur*.—L'exploration externe, appelée encore attouchement, toucher abdominal, palpation externe et plus communément aujourd'hui *palper abdominal*, constitue pour l'art obstétrical l'un des plus puissants moyens d'investigation.

Ce mode d'exploration, connu depuis un temps immémorial, n'a commencé à être employé fructueusement que vers le commencement de ce siècle; mais c'est seulement dans ces vingt dernières années que son étude complétée et que son application méthodique a permis d'obtenir des résultats qui autorisent à proclamer la nécessité de son emploi chez toute femme enceinte.

Facile à enseigner et à apprendre, facile à pratiquer, le palper abdominal est le moyen d'exploration qui guide le mieux dans le diagnostic de la grossesse, normale ou compliquée, simple ou multiple, utérine ou ectopique.

Certains diagnostics (grossesses triples, hydrocéphalie etc.), n'ont pu être posés d'une façon affirmative que depuis son application méthodique.

Pendant la grossesse, il détermine dans nombre de cas les indications opératoires prophylactiques et curatives.

Durant le travail, bien que donnant encore des résultats précieux, son importance le cède à celle de l'exploration interne : toucher vaginal, digital ou manuel.

Au cours de la délivrance, sa puissance reparaît et est égale à celle de l'exploration interne, mais à des moments différents.

Enfin, pendant les suites de couches, le palper abdominal doit seul renseigner dans les cas physiologiques et l'on ne doit y joindre l'exploration interne que dans certains cas pathologiques — (*Rev. des mal. des fem.*)

DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE MASQUÉE.

M. le Dr RÉMY étudie, sous le nom de grossesse masquée, dans la *Revue médicale de l'Est*, des cas dans lesquels l'utérus est masqué ou modifié par quelque production pathologique, principalement par des fibromes, et s'attache

à démontrer que, dans ces cas, deux signes prennent une importance spéciale au point de vue du diagnostic, à savoir le développement rapide des tumeurs fibreuses et la sécrétion des seins.

Quand une ou plusieurs tumeurs fibreuses prennent un développement plus rapide que celui qui s'observe dans les conditions habituelles, quand en même temps on constate une suppression de règles, il y a lieu de croire à l'existence d'une grossesse et de faire part de son diagnostic à la famille. M. Remy fut consulté, il y a quelques années, sur le cas d'une dame âgée de 45 ans, habitant la campagne, qui n'avait plus eu de grossesse depuis longtemps, et qui depuis trois ou quatre mois n'avait plus ses règles. On aurait pu croire à l'établissement de la ménopause. Mais cette femme qui n'avait jamais souffert du ventre, remarquant une augmentation de volume depuis cette époque, consulta son médecin qui porta le diagnostic de fibromes. Il y avait, en effet, plusieurs fibromes qui s'étaient développés très rapidement dans les derniers temps et formaient une tumeur bosselée remplissant la partie inférieure de l'abdomen. Les seins, d'autre part, présentaient des modifications notables. Une grossesse seule pouvait expliquer ces divers phénomènes et les événements lui donnèrent raison. Cette femme accoucha normalement quelques mois après l'examen.

M. Remy estime que dans les cas de ce genre l'hésitation n'est pas permise quand il s'agit d'une femme qui se trouve dans la période de la vie génitale ; car les fibromes ne suspendent jamais la menstruation surtout lorsqu'ils prennent un développement rapide ; c'est le contraire qu'on observe, c'est-à-dire les règles profuses. Il faut donc une cause toute particulière, la grossesse, pour supprimer la menstruation et les métrorrhagies qu'elle entraîne généralement. On peut donc avancer que aménorrhée et accroissement rapide de fibromes signifient grossesse.

On peut en dire autant de toutes les affections chirurgicales de l'abdomen, si elles s'accompagnent d'aménorrhée, car, en thèse générale, toute femme qui était toujours bien réglée et qui voit disparaître ses menstrues doit être considérée comme étant enceinte ; cela se trouve démontré par la pratique journalière. La suppression des règles chez une femme bien portante et dans les conditions ordinaires (sont exclus ainsi l'anémie prononcée, la tuberculose et l'allaitement) signifie à peu près toujours grossesse.

Le deuxième signe de grossesse, qui prend une réelle importance dans les cas difficiles, c'est l'apparition de liquide dans les seins. Vient-on à presser avec les doigts le pourtour du mamelon, on fait sourdre quelques gouttes de liquide par les orifices des canaux galactophores. Ce liquide est clair, ressemblant à une solution de gomme, il empèse le linge. Généralement après la pression il se présente sous l'apparence de cinq ou six petites gouttelettes transparentes sur chaque mamelon. Il peut se montrer plus ou moins tôt, au troisième mois, surtout vers le quatrième mois. Au cinquième mois, on peut voir un peu de colostrum jaune se montrer dans une de ces gouttelettes. Or ce liquide prend au point de vue du diagnostic une importance sur laquelle les auteurs ne se sont pas assez expliqués.

M. Remy considère que la présence de ce liquide semblable à une solution de gomme dans les seins d'une femme que l'on soupçonne enceinte a plus de valeur pour le diagnostic qu'on ne lui en attribuait. Il suffit d'examiner à ce point de vue les femmes gravides pour constater que le phénomène ne constitue pas une rareté clinique. Il l'a trouvé chez une femme enceinte de trois mois et une semaine qui faisait une fausse couche.

Il lui a permis de poser un diagnostic de grossesse chez une femme qui présentait des phénomènes d'incarcération d'un utérus fibromateux dans le pelvis, lesquels nécessitèrent une hystérectomie d'urgence : dans cet utérus on trouva un fœtus ; la grossesse avait été la cause du développement rapide d'un fibrome et de l'incarcération de l'organe.

Que les maladies de l'utérus puissent déterminer une sécrétion analogue du

côté des seins, la chose est possible, mais cela ne constitue qu'une exception rare, tandis que la grossesse la provoque d'une façon habituelle.

Il reste encore à dire un mot sur le liquide trouvé dans les seins de femmes qui ont déjà allaité.

M. Remy a examiné une femme qui avait encore du lait cinq ans après un allaitement. Or, ce liquide était bien encore du lait, c'est à-dire un liquide blanc clair ; la sécrétion observée dans les premiers mois de la gestation est claire comme une solution gommeuse. La sécrétion *lactée* proprement dite indique que le sein a fonctionné ou vient de fonctionner ; la sécrétion *gommeuse* indique une influence nouvelle s'exerçant sur les seins et partant des organes génitaux ; presque toujours c'est la gestation qui provoque cette sécrétion ; exceptionnellement c'est une affection de l'utérus ou des ovaires.

(Journ. de Méd. et de Chir. pra.)

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

M. H. VARNIER, (de Paris).—L'agrandissement momentané du bassin par la symphyséotomie a pour résultat de ramener le taux de la mortalité fœtale, dans les cas de bassin vicié, au taux de la mortalité fœtale qui suit l'extraction artificielle dans les bassins normaux.

Cet agrandissement ne donne lieu à aucune hémorrhagie, à aucune lésion des symphyses postérieures capables de compromettre la vie ou la santé de la parturiente. Les lésions de l'urètre et de la vessie sont exceptionnelles. Il y a lieu de croire que le forceps n'y est pas étranger.

Pratiquée antiseptiquement sur une femme non infectée, la symphyséotomie ne fait pas courir plus de danger que les autres interventions obstétricales. En dehors des complications accidentelles, indépendantes du mode d'intervention, la mortalité chez les femmes symphyséotomisées reconnaît pour cause principale la septicémie à porte d'entrée utéro-vaginale.

La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. Il n'est nullement démontré, il est douteux qu'elle agrandisse le bassin pour l'avenir. Une symphyséotomie guérie par première intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les accouchements ultérieurs. L'opération peut, sans difficultés et sans inconvénients, être faite plusieurs fois chez la même femme.

Il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Phénoménoff et de Franck, de Cologne, sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant.

Il y a indication à la symphyséotomie chaque fois que, l'enfant étant vivant, la dilatation complète, les membranes rompues, les efforts d'expulsion insuffisants par suite de disproportion des dimensions fœtales et maternelles, le calcul démontre qu'un écartement pubien ne dépassant pas 7 centimètres donnera un bassin osseux de dimensions largement suffisantes pour l'extraction du fœtus sans traumatisme.

On ne saurait poser en principe que la symphyséotomie doive être réservée aux bassins viciés au sens absolu du mot. Elle doit être le mode de traitement de la dystocie par excès de volume physiologique du fœtus et par certaines présentations vicieuses dans les bassins normaux. La symphyséotomie doit remplacer, dans le traitement des viciations pelviennes courantes, l'accouchement prématuré provoqué, l'extraction forcée par forceps ou version, l'embryotomie sur l'enfant vivant. La pelvitomie est le seul procédé efficace d'agrandissement du bassin. L'étude cadavérique mathématique prouve que l'attitude à la Walcher est incapable de produire les résultats annoncés par son auteur et acceptés sans contrôle par trop de nos confrères.

Au point de vue des indications particulières de la symphyséotomie, les bassins viciés doivent être classés en deux groupes :

Les bassins symétriques, quelle que soit la cause qui ait réduit les dimensions des diamètres transverses du détroit inférieur.

L'appréciation du siège et de l'étendue du rétrécissement y est facile ; le calcul de l'agrandissement éventuel possible y est aisé à faire d'après les tableaux connus.

Ces bassins, de beaucoup les plus communs, sont le domaine, par excellence, de la symphyséotomie.

Les bassins asymétriques. Vu leur atypie, la rareté des pièces fraîches sur lesquelles l'expérimentation serait possible, la difficulté d'une appréciation quelque peu exacte de la viciation des diamètres obliques, ces bassins semblaient a priori devoir former une classe à part. Les faits démontrent cependant qu'il y a lieu de les diviser en deux catégories.

a) Les bassins à asymétrie plus ou moins prononcée, résultant uniquement de coxalgie non étendue au sacrum, de luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale, de déviations scoliotiques, rachitiques ou autres.

b) Les bassins asymétriques par arrêt de développement d'un aileron sacré et synostose sacro-iliaque concomitante.

Pour les bassins de la catégorie *a*, l'asymétrie est un facteur négligeable. Ces bassins valent, au point de vue de la symphyséotomie, ce que vaut un bassin symétrique de même viciation antéro-postérieure ou transverse.

Pour les bassins de la catégorie *b*, bien que la symphyséotomie soit capable, dans certains cas, de permettre l'extraction d'un enfant vivant et non blessé, il n'est pas prudent d'y recourir, et c'est soit à l'ischio-pubiotomie, soit à l'opération césarienne conservatrice ou radicale qu'il faut s'adresser.

La symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux. Il est dangereux d'y recourir dans le but d'aider à la dilatation des parties molles. Il est irrationnel d'y recourir dans les cas de dystocie causée par tumeurs des parties molles.

Outre les contre-indications tirées de la nature de la viciation pelvienne, il y a lieu de se demander s'il ne convient pas d'en ajouter d'autres tirées de l'état de santé du fœtus ou de la mère, au moment où surgit l'indication.

On a dit : " Il y a contre-indication à la symphyséotomie lorsque la vie du fœtus est compromise soit par la longue durée du travail, soit par des interventions antérieures, etc." En théorie, cela est parfait. En pratique, cela ne veut rien dire. Il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, tant qu'on entend les bruits du cœur fœtal, de dire si la vie du fœtus est ou non compromise. Aussi, en dehors d'une malformation dûment constante, la cessation des bruits du cœur doit être la seule contre indication admise.

On a dit aussi : " L'infection du tractus génital est une contre-indication à la symphyséotomie, parce que la plaie symphysienne, même antiseptiquement faite et non communicante, et les foyers traumatiques créés au niveau des symphyses sacro-iliaques s'infecteront secondairement." La pratique a montré que ces craintes n'étaient pas fondées. Et, si nous considérons l'infection du tractus génital comme une contre-indication à la symphyséotomie, c'est uniquement par crainte d'une communication directe possible avec la plaie opératoire. La cellulite pelvienne suppurée, qui en est la suite forcée, est évidemment un danger de plus ajouté à ceux, prédominants, qui résultent de l'infection du tractus génital.

La difficulté pratique est de reconnaître à sa période lente cette infection du tractus génital.

Nous sommes conduits, par l'étude de nos observations, à considérer comme contre-indication à la symphyséotomie la fièvre existant chez les parturientes au moment où se pose la question d'intervention.—(Rev. des mal. des femmes.)

SUR LA PUTRÉFACTION FŒTALE.

M. le Professeur Herrgott étudie, dans la *Revue médicale de l'Est*, un cas de putréfaction fœtale avec dystocie produite par un kyste dermoïde, cas qui fut suivi de la mort de la malade, malgré une laparotomie, et rappelle à ce propos les points principaux qui se rattachent à cette grave complication.

La putréfaction du fœtus amène avec une très grande rapidité chez la mère un état d'infection qui se manifeste par la dépression des forces, l'altération des traits, la fièvre, la tuméfaction abdominale, etc.

La cause de cet état est la résorption des produits de la putréfaction qui a lieu lorsque le fœtus mort est en communication avec l'air extérieur. Tant que le fœtus est à l'abri de l'air, que la grossesse soit utérine ou intra-utérine, on sait qu'il peut séjourner un temps plus ou moins long dans l'organisme maternel sans lui causer aucun dommage.

Il subit diverses transformations, la dissolution, si la grossesse est récente, l'atrophie, la momification, la macération, si la grossesse est utérine et si elle est plus avancée ; dans les grossesses ectopiques, outre ces modifications, le fœtus peut encore se transformer en lithopœdion, ne pas être un obstacle à de nouvelles gestations et séjourner en quelque sorte indéfiniment dans la cavité abdominale. Pendant son séjour à la Maternité de Vienne, en 1876, M. Herrgott a eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'une femme de 83 ans, morte de pneumonie, qui portait dans son ventre un fœtus enkysté depuis un demi-siècle.

La scène change, si les membranes sont rompues. Le contenu de l'œuf se trouvant en communication avec l'air extérieur, la putréfaction ne tardera pas à se produire, si le fœtus n'est pas promptement expulsé d'un milieu où sont réunis les agents de toute fermentation : l'air, l'eau et la chaleur.

Cette décomposition putride, une fois commencée, s'effectuera le plus habituellement avec une surprenante rapidité, surtout quand le fœtus a succombé avant la rupture des membranes.

Quinze ou dix-huit heures après cette rupture, il s'écoule ordinairement hors des parties génitales un liquide sanguinolent, brunâtre, extrêmement fétide. Cet écoulement lochial, si remarquable par l'insupportable odeur qu'il répand, existe presque toujours quand le fœtus se putréfie, mais, ainsi que le fait justement remarquer M. Chatelain " cet écoulement non seulement ne suffit pas à lui seul pour affirmer la putréfaction du fœtus, mais encore n'implique même pas sa mort. "

Baudelocque, Naegelé, Plouvier et d'autres ont cité des faits de fœtus nés vivants et bien portants, bien que le liquide amniotique ait été putréfié.

Malgré cette restriction, cet écoulement est le premier signe de putréfaction constaté par l'accoucheur ; il est la conséquence des altérations profondes que subit le fœtus dans le sein maternel et qui sont presque instantanées.

Le fœtus livide, blafard, puis marbré, se ramollit, devient verdâtre, et cette coloration s'étend aux téguments, au tissu cellulaire et aux muscles. Ces tissus si profondément modifiés, qui répandent une odeur épouvantable, subissent une véritable infiltration gazeuse ; certaines parties du corps distendues par ces gaz atteignent parfois des proportions énormes. C'est ainsi que le fœtus qui a occasionné la mort de la malade en question avait la tête tellement distendue par les gaz qu'il avait l'aspect d'un hydrocéphale. Dans d'autres cas, c'est le fœtus tout entier qui est augmenté de volume, ce qui peut être une cause sérieuse de dystocie. A ce moment, non seulement l'utérus, distendu jusqu'à ses dernières limites par les produits de la putréfaction, devient très douloureux, mais la fibre utérine " stupéfiée par ces gaz toxiques cesse de se contracter. "

Le mot " stupéfié, " employé par M. Pinard, est bien celui qui rend le mieux l'action de ces gaz sur la contraction utérine. Ordinairement, le travail s'arrête, lorsque la dose des toxiques devient suffisante pour paralyser la contraction

utérine ; mais cette paralysie utérine, cette stupéfaction de la fibre contractile peut exister *avant* le début du travail.

Malheureusement, si l'utérus, distendu outre mesure, ne se contracte plus, l'absorption de ces principes toxiques continue, et l'organisme tout entier ne tardera pas à être infecté, si une intervention rapide ne débarrasse pas la mère du fœtus qui l'empoisonne : encore est-elle presque toujours trop tardive.

Journ. des Sages-Femmes.

AVORTEMENT. RÉTENTION DU PLACENTA DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

Par le Professeur TARNIER.

Nous avons eu un cas intéressant. Une femme qui, dans une fausse couche, a eu une rétention du placenta.

Cette femme avait eu une première grossesse à terme ; mais elle redevint enceinte presque immédiatement après son accouchement, en janvier dernier. Les dernières règles datent du 16 janvier.

Sa grossesse se passait fort bien, elle était bien portante lorsque, le 5 mai, elle a fait une chute dans un escalier. Elle a aussitôt éprouvé des douleurs dans le ventre, et sa température est montée à 39,4.

C'est à ce moment-là qu'elle nous est arrivée dans le service. A peine était-elle entrée qu'une rupture des membranes s'est produite et un petit fœtus est sorti. Ce fœtus mesure à peine 18 centimètres et pèse seulement 150 grammes.

Le fœtus a été expulsé à une heure du matin. La délivrance ne s'est pas faite, le placenta est resté dans l'utérus ; c'est une rétention du placenta dans la cavité utérine.

La rétention du placenta, dans un cas d'avortement, n'est pas comprise par tout le monde de la même façon. M. Guéniot a voulu préciser la question et considère qu'il y a rétention, pour un embryon de deux mois, après tant de temps, pour un embryon de quatre mois, après un nombre d'heures différent. En un mot, le point où commencerait la rétention varierait suivant l'ancienneté de la grossesse.

J'ai fait, à la Maternité, un relevé des cas de rétention du placenta dans les fausses couches et, dans l'immense majorité des cas, le placenta abortif est expulsé dans les six heures qui suivent l'accouchement. Lorsque l'expulsion n'a pas lieu dans les six heures, le moment de l'expulsion varie entre dix heures et cinquante jours. — On voit qu'il y a de la marge. — Le placenta peut sortir après 12, 15, 24 heures, 2 jours, 3 jours, 20 jours... 50 jours...

A mon avis donc, la rétention commence lorsque l'expulsion du placenta dépasse six heures après l'expulsion de l'embryon.

Eh bien, dans le cas présent, le fœtus est sorti à une heure du matin et, à dix heures, au moment de la visite, le placenta n'était pas encore expulsé. Je suis donc fondé à dire que c'est là un cas de rétention du placenta dans la cavité utérine.

Que fallait-il faire ?

La conduite diffère beaucoup suivant les cas et suivant les accoucheurs.

Autrefois, on faisait de l'expectation simple, et sans antiseptie que l'on ne connaissait pas. A peine faisait-on quelquefois quelques injections vaginales ; et les femmes guérissaient en général. Je n'irai cependant pas jusqu'à dire qu'elles guérissaient bien. Il leur restait souvent quelques endométrites consécutives qui d'ailleurs n'étaient pas très graves. En somme, on avait peu d'accidents ; il y en avait toutefois quelques-uns.

Est arrivée l'antiseptie, et les cas de mort sont devenus moins nombreux. On a fait l'antiseptie de la vulve, l'antiseptie du vagin, et même des injections intra-utérines antiseptiques. Et même, à ce propos des injections intra-utérines,

des discussions se sont élevées pour savoir quel liquide antiseptique il convient de choisir.

Le placenta retenu peut être considéré comme un corps spongieux. Il peut se faire que cette qualité même de corps spongieux lui fasse absorber le liquide injecté et que, si ce liquide est toxique, la femme soit intoxiquée par lui. C'est là l'inconvénient que présentent certains antiseptiques. On a eu ainsi des accidents avec le bi-chlorure de mercure (le sublimé). On a alors abandonné cet antiseptique pour passer à l'acide phénique qui paraît plus inoffensif, mais que j'ai vu produire des accidents subits, des accidents brusques qui font croire que la femme va succomber. Je n'ai cependant jamais observé de cas de mort ; mais une fois spécialement j'ai bien cru que la femme allait mourir. La chose s'est passée en cinq minutes. Je fus appelé auprès de la malade, et, en la voyant, j'eus l'impression qu'elle allait expirer.

Et savez-vous ce que j'ai trouvé de mieux pour porter secours à cette pauvre femme ? Je l'ai prise par un bras et l'ai couchée sur le côté — elle était couchée sur le dos. — Je lui ai introduit un doigt dans la bouche, et j'ai extrait les mucosités qui obstruaient les voies aériennes. La femme a survécu à cet accident, et le lendemain il n'y paraissait plus.

J'ai eu cinq cas semblables dans mon service. J'ai voulu faire des expériences avec l'acide phénique sur des animaux. Lorsqu'on injecte une solution d'acide phénique à un lapin, on détermine chez lui les mêmes accidents que nous observons chez certaines femmes, après les injections intra-utérines faites avec une solution à l'acide phénique. Tout comme la femme, le lapin écumé et tombe dans la prostration et se remet après un certain temps.

En faisant les injections au bi-chlorure de mercure on a tous les accidents de l'empoisonnement par le bi-chlorure, et, après quelques jours — trois ou quatre — la femme succombe en présentant tous les caractères de l'intoxication mercurielle.

Voilà pourquoi, pour faire les injections intra-utérines, j'emploie une substance inoffensive, le permanganate de potasse.

Lorsqu'on a eu l'antisepsie à sa disposition, la question est passée dans une seconde phase, celle de l'expectation avec antisepsie. Les cas de mort sont alors devenus encore plus rares et les endométrites plus rares aussi.

Puis on s'est dit que, puisque, avec l'antisepsie, on peut se permettre de faire toutes les opérations, il paraissait indiqué de ne pas attendre et d'extraire immédiatement le placenta, afin d'éviter les accidents auxquels expose la rétention du placenta, tels que les hémorrhagies qui peuvent quelquefois se produire, ou la putréfaction qui, elle, ne se montre pas toujours, mais avec laquelle cependant on a aussi à compter.

Afin d'éviter la possibilité de tels accidents, on a extrait le placenta au moyen de la curette, tout comme d'ailleurs l'avait déjà fait autrefois Récamier, mais, lui, sans le secours de l'antisepsie. M. Doléris a exposé tous les avantages du curettage de l'utérus en pareil cas. On a cureté partout, en France, en Europe, en Amérique, mais on a reconnu bientôt les inconvénients du curettage ; il survenait, après cette opération, des hémorrhagies foudroyantes, dans le cours desquelles la femme expulsait un morceau de placenta pesant 10, 20 et jusqu'à 150 gr. Cela démontrait ou que le curettage n'était pas pratique ou au moins qu'il avait été mal fait. C'est alors que M. Doléris a inventé l'écouvillonnage qui offre plus de garanties.

On a fait partout du curettage et de l'écouvillonnage dans le cas de rétention du placenta, j'en ai fait moi-même, mais, je dois le reconnaître, sans beaucoup d'enthousiasme. Il y a eu des accidents après ces opérations. On a trouvé l'utérus avec la curette ; et, d'autre part, il peut toujours se faire qu'on laisse quelques fragments de placenta dans l'utérus. Ce sont là les raisons qui ont fait que je me suis décidé à faire, en général, tout simplement l'expectation avec

antiseptie. Je n'interviens par le curettage que s'il se produit des accidents (hémorrhagie ou infection).

Quand je me décide à intervenir, au lieu d'opérer avec la curette et l'écouvillon, je procède tout simplement avec le doigt qui est un instrument merveilleux, intelligent, qualités que n'a pas la curette, instrument aveugle. Avec le doigt, on sent le placenta, les fragments qui peuvent être restés adhérents, on se rend compte.

J'ai donc, en résumé, adopté l'expectation antiseptique et je n'interviens qu'en cas d'accidents. J'ai aussi obtenu des succès que j'ai publiés dans mon traité *De l'asepsie et de l'antiseptie en obstétrique*. Et depuis je continue cette même pratique.

Je conviens toutefois que cette conduite a l'inconvénient d'être moins rapide. Elle est quelquefois un peu lente.

Supposons une consultation en ville pour un cas de rétention du placenta dans la cavité utérine, après l'expulsion d'un ambryon abortif. Vous dites : "Attendez," en faisant de l'antiseptie. C'est fort bien, mais la malade reste fort préoccupée de n'en pas finir avec sa délivrance ; son entourage se préoccupe aussi beaucoup et généralement on appelle un confrère, qui, lui, n'hésitera peu être pas et fera le curettage ; à l'admiration de tout l'entourage, il retirera le placenta récalcitrant. Mais le lendemain souvent les choses changeront de face et quelquefois la femme succombera par suite d'hémorrhagie, de putréfaction ou de perforation de l'utérus.

Cette dernière méthode — curettage et écouvillonnage — est certainement plus brillante, mais avec la première — expectation antiseptique — on va plus sûrement, on guérit.

Peut-on précipiter l'expulsion du placenta ? — On a dit que le sulfate de quinine excitait, activait son expulsion, et un ancien interne de M. Maygrier a publié sept observations dans lesquelles il a donné d'abord 50 centigrammes de sulfate de quinine, et bientôt après une nouvelle dose, d'égale quantité. Si le placenta n'est pas sorti, il recommence le lendemain de la même manière. Dans les sept observations il a obtenu l'expulsion du placenta après 9, 12 ou 24 heures.

Je reviens à notre malade.

Neuf heures après l'expulsion du fœtus, voyant que le placenta ne sortait pas, j'ai administré le sulfate de quinine : un paquet de 50 centigrammes le matin, et un autre paquet d'égal poids le soir, et, le lendemain matin, un troisième paquet. Le placenta a été expulsé le lendemain matin à 10 heures.

L'emploi du sulfate de quinine présente un certain intérêt et nous a, par le fait, obtenu peut-être un succès. Vais-je en conclure toutefois que c'est là un merveilleux médicament qui nous tirera toujours d'affaire ? Non certainement. Peut-être, en effet, dans les sept ou huit cas observés, si l'on n'avait rien donné du tout, peut-être le placenta serait-il sorti tout de même, comme c'est la règle.

Si nous pouvons réunir cinquante, soixante observations favorables, nous pourrions être plus affirmatifs.

Mais, il faut l'ajouter, le sulfate de quinine ne présente aucun inconvénient. C'est d'ailleurs un anti-infectieux. Nous le donnons lorsque nous craignons l'infection et même lorsque l'infection existe déjà. Si, de plus, il agit sur l'utérus pour le faire contracter, il offre un double avantage. Nous n'avons donc rien à craindre en employant le sulfate de quinine, mais attendons pour dire que c'est là un médicament héroïque dans la rétention du placenta dans la cavité utérine.

Ce qui me fait surtout hésiter à déclarer ce médicament héroïque, c'est qu'il y a des placentas qui sont extrêmement adhérents aux parois utérines — on a même beaucoup de peine pour décoller ces adhérences anormales, et il me semble fort douteux que le sulfate de quinine agisse dans ce cas-là.

Malgré tout, cette médication mérite d'attirer toute l'attention des accoucheurs.—(J. des Sages-Femmes.)

REVUE D'HYGIÈNE

CONFÉRENCE DES CONSEILS D'HYGIÈNE DE L'AMÉRIQUE DU
NORD TENUE, A NASHVILLE, LES 18 et 19 AOUT 1897.

Monsieur le Président et Messieurs les membres du Conseil d'Hygiène de la
Province de Québec,

Conformément à la décision de la dernière assemblée, j'ai représenté le
Conseil à la Conférence des Conseils d'Hygiène, tenue à Nashville, en août der-
nier. Vingt-un conseils d'hygiène y avaient envoyé des délégués.

Après le discours de bienvenue de la part du gouverneur du Tennessee et
du maire de Nashville, le Dr BRACKEN commença la discussion sur la première
question du programme : *Les aliénés tuberculeux devraient-ils être séparés de
ceux qui ne le sont pas dans nos asiles, et devrait-on les placer dans des bâtisses
séparées ?* L'opinion assez généralement partagée jusqu'à récemment, à savoir qu'il
y aurait relation entre la phthisie et la folie, a empêché, dit le conférencier,
pendant longtemps de faire pour les aliénés ce que l'on fait pour d'autres. Mais
la réaction se fait en beaucoup d'endroits et là où les malades reçoivent l'atten-
tion qui leur est due, la tuberculose, qui contribuait à elle seule 25 pour cent de
la mortalité générale, n'en contribue maintenant que 9 pour cent. C'est par
contagion que le plus grand nombre d'aliénés deviennent tuberculeux, ils peu-
vent être plus susceptibles d'être contagiosés, mais là s'arrête la relation entre
la tuberculose et la folie. L'aliéné devrait être considéré comme un malade
irresponsable et, par conséquent, il devrait être suivi plus attentivement qu'un
autre.

Les conclusions du conférencier parurent être du goût de tout l'auditoire ;
aussi la résolution suivante fut votée d'emblée :

“ RÉSOLU que, dans l'opinion de cette Conférence, les tuberculeux devraient
être isolés de ceux qui ne le sont pas dans les hôpitaux, les asiles, les prisons et
les pénitenciers.”

L'isolement dans des appartements séparés, et non dans des pavillons dis-
tincts, parut suffisant.

Le Dr EVANS engagea la discussion sur la seconde question : *Quelles de-
vraient être les ordonnances municipales relatives à la restriction de la tuber-
culose ?*—Le conférencier remarqua que l'on s'attache trop souvent à prescrire
des mesures qui ne sont pas mises en pratique, quand on ne fait rien dans d'autres
directions, où l'on aurait cependant beaucoup plus de succès. Il faudrait porter
plus d'attention aux circonstances qui favorisent le développement de la tuber-
culose ; surpeuplement des habitations, mauvais drainage, humidité du sol,
aliments contaminés, le lait en particulier. Peu de municipalités contrôlent
entièrement le commerce de lait. Les vacheries situées à l'intérieur des villes
sont régulièrement inspectées, mais on ne fait pas l'inspection de celles situées
en dehors des limites de la ville. Comme résultat de cette surveillance incom-
plète, Liverpool a constaté un jour que pour le lait fourni par les vacheries de
la ville, la contamination par le bacille de la tuberculose était de 2.8 par cent
échantillons, quand, pour le lait apporté de la campagne, la contamination était
de 29.1 par cent.

Quant aux mauvais effets du surpeuplement des habitations, ce que l'on
constate aux Etats-Unis, depuis l'émancipation des nègres, le confirme. Avant

l'émancipation, la mortalité par la tuberculose était la même pour la race blanche et pour la race noire; mais maintenant, pour un décès chez les blancs, on en compte 4 chez les nègres. Les nègres valaient \$500 à \$1000 par tête autrefois, on en prenait soin et ils n'étaient pas entassés dans des huttes trop petites comme aujourd'hui.

Le Dr LEE traite la question suivante : *Quelle attitude les Conseils d'Hygiène sont-ils prêts à prendre relativement à l'inspection des vacheries et du lait qui en provient, et aussi relativement aux animaux reconnus malades à la suite de l'épreuve par la tuberculine ?*—Dans la Pennsylvanie, on procède à l'inspection systématique des vacheries. Les inspecteurs font rapport sur la tenue des vacheries, leurs dimensions, l'espace cubique, les moyens de ventilation, la construction des pavés, la condition des cours, le drainage, l'approvisionnement d'eau. Les animaux sont soumis à l'épreuve de la tuberculine et si la réaction apparaît, l'Etat convient avec le propriétaire du montant de compensation, puis l'animal est abattu.

Au cours de la discussion, un grand nombre de délégués se déclarèrent opposés à la compensation, l'animal tuberculeux ne valant rien. Ce que quelques Etats payent pour un animal tuberculeux est pour ainsi dire une prime offerte à ceux qui élèvent de ces animaux et, comme conséquence, on n'obtiendra pas la suppression de la tuberculose aussi vite que si on ne payait rien. L'animal qui a présenté la réaction caractéristique devrait être immédiatement abattu et il n'y a que dans le cas où les lésions soupçonnées n'existeraient pas, que la pleine valeur de l'animal devrait être payée au propriétaire.

L'importance de l'examen bactériologique du lait fut signalée par le fait, cité par un délégué, qu'à New York, sur un examen d'un grand nombre d'échantillons, 10 pour cent de ces échantillons contenaient le bacille de la tuberculose. Minneapolis est peut-être la ville qui contrôle le plus la vente du lait. Aucun laitier ne peut vendre son lait dans les limites de la ville sans que l'officier de santé ait préalablement certifié que l'inspection de la vacherie a été satisfaisante et que ses vaches laitières sont saines. Comme résultat, les fermiers des campagnes environnantes de la ville viennent d'eux-mêmes demander l'inspection de leurs établissements.

A ma grande surprise, la Conférence s'est divisée sur la question suivante :—*Les Conseils d'Hygiène d'Etat ou de Province doivent-ils aider au diagnostic des maladies contagieuses ?*—Je dois vous avouer que je n'ai jamais entendu aucune raison sérieuse de la part de ceux qui opposaient ce que nous faisons à notre laboratoire, c'est-à-dire offrir, aux municipalités qui n'ont pas ou ne peuvent pas avoir de laboratoire, l'examen bactériologique de membranes suspectes d'être diphtériques et du sang présumé typhique.

Jusqu'à où doivent aller les règlements relatifs à la rougeole, la coqueluche, la lèpre et la tuberculose ?—L'opinion qui me parut la plus générale est que, pour toutes ces maladies, la déclaration devrait être obligatoire, afin de permettre aux bureaux d'hygiène d'aviser chaque famille en particulier sur les dangers de propagation de ces maladies et sur les moyens de les prévenir. L'isolement obligatoire ne fut recommandé que pour la lèpre. Pour la rougeole et la coqueluche, la fréquentation des écoles devrait être interdite à tous les enfants habitant le logis infecté; c'est ce que nous faisons déjà dans la Province de Québec.

Les conditions sanitaires des prisons devraient-elles être sous le contrôle des Conseils d'Hygiène ?—Cette question fut résolue dans l'affirmative. D'après la discussion, il est évident que, dans un grand nombre d'Etats, il n'existe aucune surveillance de ces institutions, si ce n'est l'inspection *pro forma* des grands-jurés. Nous sommes un peu mieux partagés dans la Province de Québec. Les prisons, étant des institutions provinciales, sont visitées par des inspecteurs provinciaux. Seulement, jusqu'à quel point ces inspecteurs de nos prisons s'occupent-ils des conditions sanitaires, c'est ce que notre Conseil ne sait pas. Il y aurait peut-être ici, comme pour les manufactures, une intervention désirable de la part de

notre Conseil. Dans un Etat de l'Union américaine, on a fait la comparaison de la mortalité dans les prisons modèles avec celle des prisons malsaines avec le résultat suivant : 10 pour les maisons modèles et 40 pour les prisons malsaines. La surveillance par le Conseil d'hygiène telle que suggérée par la Conférence devrait s'étendre à l'examen des plans pour les nouvelles constructions.

Doit-on tolérer l'alimentation des porceaux avec des débris provenant des abattoirs ou des clos d'équarrissage ?—La seule objection faite à ce mode d'engrais est que les maladies contagieuses dont meurent quelques animaux peuvent se transmettre aux porcs, mais cette objection disparaît si ces débris ne sont donnés qu'après avoir été cuits. Les municipalités doivent voir cependant à ce que ces débris ne soient pas en état de putréfaction lorsqu'on les donne aux porcs.

Si votre Conseil partage l'opinion de la Conférence qui, d'ailleurs, est conforme à celle du Comité consultatif d'Hygiène de France (vol. IX), il y aurait lieu de modifier le règlement 69 de notre code.

Le Dr SWARTS présente le rapport du Comité chargé d'examiner les fermes vaccinogènes des Etats-Unis. — Sur 12 (ou 15) fermes, 4 seulement produisent un vaccin recommandable. L'établissement le mieux conduit est celui du Dr Welcker, de Milwaukee. Plusieurs des établissements qui font un grand débit de vaccin dans la Province de Québec furent classés comme mal tenus.

La ville de Chicago emploie presque exclusivement le vaccin Welcker et en fait toujours l'essai au préalable. Voici comment on y procède. Le département achète la quantité nécessaire de vaccin pour deux mois. Si le vaccin ne contient pas de pus, le vaccin est accepté conditionnellement et on procède alors à l'épreuve clinique; c'est-à-dire qu'avec 10 autres tubes pris également au hasard on inocule autant d'individus. Si le vaccin prend et si les vésicules sont types, on accepte le lot en entier. Depuis que Chicago essaie ainsi le vaccin, les inoculations sont le plus souvent couronnées de succès et les mauvais bras ne se voient plus. Le vaccin Welcker que Chicago emploie est du vaccin glycéiné.

Le Dr HURTY présente le rapport d'une Conférence récente entre des représentants des Conseils d'hygiène, des chemins de fer et de la société des embaumeurs, au sujet du transport des cadavres. — Ce rapport donna lieu à de longs débats. Il fut proposé de mettre de côté la tombe métallique actuellement de rigueur pour le transport de cadavres contagieux lorsque les cadavres auront été préparés par des embaumeurs compétents. Les compagnies de chemins de fer voudraient, avec raison, que les différents Etats et Provinces de l'Amérique vinssent à s'entendre pour avoir des règlements uniformes au sujet du transport des cadavres. Voici un exemple des inconvénients qui résultent de la diversité des règlements actuels : Une compagnie de chemin de fer ne peut accepter un cadavre de diphtérique mis en bière métallique pour le transporter de Montréal à Toronto, car la Province d'Ontario ne permet pas ce transport. Il faudrait, même pour transporter ce même cadavre de Montréal à Détroit, faire une courbe afin d'éviter le territoire d'Ontario.

Tout en désirant plus d'uniformité dans les conditions requises par les différents conseils d'hygiène pour le transport des cadavres, je ne crois pas que certaines conclusions du rapport puissent jamais être mises en pratique dans cette Province. En voici un exemple : Une des règles proposées serait à l'effet de ne permettre le transport de cadavres diphtériques, etc., qu'en autant que les artères et les cavités auront été injectées avec une substance désinfectante par un embaumeur reconnu compétent par le Conseil d'hygiène. Exiger cela, dans la Province de Québec du moins, vaudrait autant dire qu'il n'y aurait que les contagieux de nos deux grandes villes qui pourront être transportés en dehors de leur municipalité, car, si je ne me trompe, nous n'avons des embaumeurs qu'à Montréal et à Québec. Tout en reconnaissant qu'un embaumeur est la personne la mieux qualifiée pour faire la désinfection des cadavres, je crois qu'il vaut mieux s'en tenir à la désinfection ordinaire du cadavre et à la bière métallique, comme

le prescrivent nos règlements. Cette désinfection *ordinaire* et cette mise en bière métallique soudée pouvant se faire aussi bien à la campagne qu'à la ville.

D'après d'intéressantes expériences, citées au cours de la discussion, la Formaline (solution faite à 7 ou 10 pour cent) serait le meilleur préservatif pour les cadavres. Un membre de la société des embaumeurs aurait gardé dans son bureau, pendant 15 jours, et sans inconvénients, un cadavre ainsi traité. C'est un grand progrès dans cet art, car, si on se rappelle bien, il y a trois ans, le cadavre de sir John Thompson, embaumé en Angleterre, et très probablement par des maîtres en cet art, a été trouvé en état de décomposition avancée à son arrivée au Canada.

Les élections ont donné le résultat suivant :

Président, Dr Benjamin Lee, de la Pennsylvanie.

Vice-Président, Dr Félix Formento, de la Louisiane.

Secrétaire, Dr J. N. Hurty, de l'Indiana.

Trésorier, Dr Elzéar Pelletier, de la Province de Québec.

Afin de mieux exprimer que le Mexique et le Canada sont appelés à faire partie de la Conférence, son nom fut changé. Elle sera désormais désignée comme suit : *Conference of State and Provincial Boards of Health of North America*.

Le Comité local, le Tennessee State Board of Health et le Comité des dames de l'Exposition de Nashville nous ont rendu le séjour à Nashville des plus agréables. Nous avons surtout apprécié le *Conversazione* que les dames de l'Exposition ont bien voulu donner en notre honneur dans le *Woman's Building*.

Le tout humblement soumis,

ELZÉAR PELLETIER,

Délégué du Conseil d'Hygiène.

Montréal, Septembre 1897.

Traitements des rétroversions.—D'après Olshausen, les rétroversions utérines comprennent cinq classes :

1° Les rétroversions peuvent survenir après l'accouchement et ne pas incommoder la malade. Rien à faire, ou pessaire et massage.

2° La rétroversion ou rétroflexion est due à la constipation. Laxatifs et traitement intestinal.

3° D'autres fois, elle résulte du raccourcissement de la paroi antérieure du vagin (souvent atrophié, ainsi que l'utérus). Il faut faire alors la ventrofixation.

4° Les affections suppuratives des annexes sont parfois l'origine des déplacements. Dans ce cas, il faut supprimer l'ovaire et la trompe malade.

5° Enfin, il peut y avoir des adhérences péritonéales et on obtient de bons résultats du massage. (*Zeitschr. für geb. und. gynæcol.*, 1896.)

Traitement des verrues, par J. ABBOTT CAUTRELL.—Le traitement que l'auteur préfère consiste dans l'emploi de caustiques doux, parmi lesquels l'acide salicylique lui semble devoir être plus spécialement choisi.

Il commence par faire, pendant trois jours, des applications d'une préparation contenant 15 0/0 d'acide salicylique (dans la lanoline, par exemple), puis à ce moment il enlève la verrue à la curette et continue les pansements salicylés pendant huit jours. Cette méthode n'a pas été suivie de récurrence des verrues, dans les cas traités par l'auteur.

Il préfère de beaucoup ce mode de traitement aux cautérisations par les acides azotique, acétique, chromique, qui sont toujours douloureuses. A l'intérieur, le sulfate de magnésie, à la dose de 0 gr. 75 à 1 gr., lui a enfin donné quelques bons résultats.

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien-dentiste, ex-professeur au collège dentaire de la Province de Québec.

EXTRACTION DES DENTS

QUAND ET COMMENT

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

Il sera peut-être intéressant, pour les membres de la profession médicale ayant rarement eu l'occasion d'assister à des extractions de dents, et n'ayant pas reçu d'éducation spéciale sur ce point, de lire un article pratique sur le sujet en question. Dans ce but je vais m'efforcer d'indiquer les principales choses à observer et les instruments à employer.

Pour ce qui concerne l'extraction des dents temporaires, dites *dents de lait*, la chose est simple, un mouvement de rotation accompagné de traction pour les dents antérieures supérieures, et un mouvement de droite à gauche aussi accompagné de traction pour les molaires des deux maxillaires et les incisives et canines inférieures; pour ces dernières, le premier mouvement doit être fait en dehors, la paroi alvéolaire étant plus mince à cet endroit. Pour juger de l'opportunité de les extraire, il faut bien connaître l'âge auquel elles seront remplacées, autrement les dents poussent irrégulières, et, pressant les unes sur les autres, se carient plus facilement. Les quatre incisives supérieures et inférieures étant remplacées par les dents permanentes, entre la 7^e et 8^e année, il faut, autant que possible, retarder leur extraction jusqu'à cet âge; les dents inférieures apparaissent généralement quelque temps avant celles de la mâchoire supérieure. Les canines temporaires doivent rester en place jusqu'à 12 ou 13 ans; les molaires temporaires sont remplacées par les bicuspides, appelées aussi prémolaires, la première entre 9 et 10 ans et la seconde entre 11 et 12. La première molaire permanente apparaissant à l'âge de six ans, les parents la confondent souvent avec les dents temporaires et la font extraire croyant qu'elle sera remplacée, c'est alors au praticien à leur expliquer leur erreur, car pour lui la grosseur, la forme et la position de la dent ne lui permettent pas de se tromper. Des personnes nous répondent souvent que la dent en question n'a jamais tombé, pour employer l'expression populaire; c'est qu'elles croient que toutes les dents poussent deux fois. Erreur, puisque la première dentition se compose de 20 dents et la seconde de 32, donc il y a 12 dents qui ne sont pas remplacées, et ce sont les 3 grosses molaires de chaque mâchoire et de chaque côté, qui apparaissent la 1^{ère} à 6 ans, la seconde à 12 ans et la troisième, appelée dent de sagesse, entre 18 à 25 ans, et

souvent plus tard. On remarquera qu'il n'y a que les molaires temporaires qui sont remplacées par des dents de formes différentes, et qui n'existent que dans la seconde dentition, les bicuspides ou prémolaires. Lorsque la dent de la sixième année, c'est-à-dire la 1ère grosse molaire permanente, est trop cariée, il est préférable de l'enlever avant la 12^{me} année, car alors la 2^{me} grosse molaire, qui apparaît à cet âge, prend sa place, et il ne reste aucun espace vide.

L'extraction des dents permanentes est plus compliquée, chacun le sait, et souvent même très difficile. Pour pratiquer l'extraction avec succès, il faut connaître la forme générale des racines, leur nombre, et leur disposition; ainsi, les incisives centrales et canines supérieures ayant une seule racine, et presque invariablement rondes, s'extraient par un mouvement de rotation accompagné d'extraction. L'extraction des canines supérieures, appelées aussi dents de l'œil, exige généralement une force très considérable, et on peut dire qu'elles sont la *bête noire* du dentiste. Les incisives centrales et latérales inférieures ainsi que les canines, n'ayant toujours qu'une seule racine aplatie latéralement, le mouvement de rotation doit être remplacé par un mouvement de côté, de dedans en dehors, et *vice versa*. Les prémolaires ou bicuspides, appelées aussi petites molaires, n'ont qu'une seule racine ovale, à l'exception de la première bicuspide supérieure droite et gauche qui a souvent une racine bifurquée; ces dents doivent par conséquent, en raison de leur aplatissement latéral, être extraites de la même manière que les incisives et canines inférieures. Les incisives latérales supérieures ayant aussi la racine aplatie, on doit suivre la même règle que pour les dents inférieures antérieures. Les 1^{re} et 2^{me} molaires supérieures ont chacune 3 racines, généralement rondes, dont deux du côté buccal et une du côté palatin; ces mêmes dents à la mâchoire inférieure n'ont que deux racines, aplaties, et placées l'une en avant de l'autre. Les 3^{mes} molaires supérieures et inférieures (dents de sagesse) ont trois ou deux racines, suivant qu'elles sont situées à la mâchoire supérieure ou inférieure, mais ces racines se réunissent généralement, de sorte qu'elles forment un cône; elles sont généralement faciles à extraire, mais difficiles à saisir, vu qu'elles sont à l'angle des maxillaires. Pour les incisives canines et bicuspides supérieures, il suffit d'employer une pince à deux becs droits, simples, mais pour les molaires (supérieures) il faut une pince courbe, ayant un mors simple pour saisir la racine palatine, et l'autre mors avec une pointe qui avance pour pénétrer entre les racines buccales, mais alors il faut deux pinces, une pour chaque côté.

Pour les incisives canines et bicuspides inférieures, une pince courbe avec deux mors simples est tout ce qu'il faut. Les molaires inférieures ayant deux racines, l'une en avant de l'autre, il est préférable d'avoir une pince courbe dont les deux mors sont chacun munis d'une pointe qui saisit entre les racines et rend l'extraction plus facile.

L'important, dans l'extraction d'une dent, c'est de la saisir aussi haut que possible dans la racine, c'est-à-dire en chassant la gencive à l'aide de la pince. Les dents sont généralement symétriques, c'est-à-dire que les dents correspondantes de chaque côté se ressemblent tant pour la forme que pour la difficulté d'extraction.

Pour l'extraction des racines, il faut se servir d'une pince appelée baïonnette, et dont les mors sont longs et fins pour pénétrer sous la gencive. Lorsqu'une racine d'une dent antérieure est cariée au point qu'elle a l'apparence d'un tuyau, il est souvent facile de l'extraire en tournant une petite vis à l'intérieur, puis en tirant sur la tête avec une pince.

Les instruments appelés éleveurs ou pieds de biche rendent de bons services dans l'extraction de racines qu'on ne peut saisir autrement.

Avant de terminer, je désire rapporter un cas assez curieux qui s'est présenté dans ma clientèle. Au mois de juin dernier, M. X. se présente chez moi et demande l'extraction de la première grosse molaire supérieure, ce qui fut fait avec succès. Deux mois après, M. X. revient, se plaignant de douleurs ressenties au-dessus de la première bicuspide, qui, à la suite d'un examen minutieux, est déclarée parfaitement saine. Après quelques questions de ma part, M. X. me dit qu'il est cordonnier et a l'habitude de tenir dans sa bouche des pointes à clouer les semelles; alors soupçonnant qu'une d'elles se serait logée dans la cavité alvéolaire de la dent précédemment extraite et aurait avancé jusque là, j'appliquai un petit emplâtre de poivre de Cayenne et au bout de deux jours une pointe apparut pressant sur la gencive. Je fis une petite incision et, la pointe enlevée, la douleur disparut. Trois ou quatre semaines après, la douleur réapparut et M. X., étant en promenade dans un village voisin de Montréal, se présenta chez le médecin qui, trouvant la dent saine, refusa de l'extraire, mais sur les instances de M. X. il céda; la dent avait une racine bifurquée et il y avait une autre pointe à semelle entre les fourches. Je crois le fait assez curieux pour mériter une mention spéciale.

391 Rue St-Denis, Montréal.

De la méningite séreuse due au pneumocoque, par Ch. LÉVI. *Arch. de méd. expér. et d'an. path.* Janvier 1897.

Cette étude apporte, comme la thèse de Pochon (analysée plus loin), une nouvelle preuve à l'appui de la nature inflammatoire des accidents que l'on dénomme méningisme. Deux observations: l'une d'un enfant de 2 mois qui, après des accidents de gastro-entérite dans le cours d'un eczéma généralisé, présente des signes méningés, raideur de la nuque, dilatation d'une pupille, rougeur de la joue et de la conjonctive; à l'autopsie œdème sérofibrineux sous-arachnoïdien et congestion intense de la convexité; le liquide céphalo-rachidien et la couche corticale contenaient des pneumocoques décelables seulement par inoculation à la souris et par la coloration de Weigert. — Autre observation d'un enfant de 6 mois qui succombe à une broncho-pneumonie avec de l'hydrocéphalie ventriculaire à pneumocoques au cours d'une broncho-pneumonie. Ces faits prouvent que le pneumocoque peut produire des leptoméningites sérofibrineuses au même titre que le bacille de la grippe (Pfuhl et Walther), de la fièvre typhoïde (Tietze). Si ces lésions à un degré plus modéré peuvent guérir, ce qui ne paraît pas impossible, on peut conclure que beaucoup de faits de méningisme dans les infections ne sont que des méningites atténuées.

Mais d'autre part, il y a lieu de se demander si ces méningites ne peuvent pas être l'origine d'hydrocéphalies persistantes (Quincke) ou d'encéphalopathies chroniques scléreuses (Filatow).

FORMULAIRE

Sciaticques rebelles.

Alcool fort.....	}	ââ 1 once.
Chloroforme.....		
Ammoniaque.....	}	ââ $\frac{1}{2}$ once.
Camphre.....		
Laudan. Syd.....		

En frictions et en compresses.

GLORIEUX.

Traitement de la métride chronique.

Conseille :

1° Dilatation graduelle et complète par les lamineaires appliquées plusieurs jours de suite.

2° Introduction, dans l'utérus dilaté, d'une sonde à double courant (Budin, Olivier, Reverdin), puis irrigation avec 1 ou 2 litres de liquide très chaud (38 degrés). Employer de préférence une solution de bicarbonate de soude à 3 pour 100, recommandable par ses propriétés muco-dissolvantes. Si l'utérus est infecté, préférer la mixture suivante qui n'est pas toxique :

Naphtol.....	}	ââ $1\frac{1}{2}$ drachme.
Salol.....		
Chloral.....		
Alcool.....		

Une cuillerée à soupe par litre d'eau bouillie.

3° Introduction d'une éponge comprimée et aseptique, imbibée pendant deux minutes dans la solution suivante :

Acide salicylique.....	15 grains
Alcool.....	2 drachmes.
Eau.....	6 onces.

de façon à ce que la surface seule soit imbibée. La laisser en place pendant six à huit heures.

Le curettage ne doit être pratiqué que dans les cas de métrite consécutive à des avortements.

LUTAUD.

Traitement de la toux chez les phtisiques.

Bromoforme.....	XXX gouttes.
Alcool.....	2 drachmes.
Sirop d'ipécacuanha.....	} 2½ onces.
— thébaïque.....	
— de laurier-cerise.....	

M. D. S. — A prendre tous les jours trois à quatre cuillerées à soupe dans l'intervalle des repas.

ROLLAND.

Épilepsie.

Oxyde de zinc.....	2 grains.
Poudre de valériane.....	2 grains.
— de belladone.....	¼ grain.
Savon médicinal.....	q. s.

Quatre pilules par jour.

JULES VOISIN.

Poudre composée pour injections vaginales.

Alun pulvérisé.....	} ââ 1 once.
Acide borique en poudre.....	
Borax pulvérisé.....	
Sulfate d'hydrastine.....	10 grains.
Acide phénique.....	} ââ xx gouttes.
Essence de cannelle.....	

Mêlez. — Usage externe. Pour chaque injection, on fait dissoudre une cuillerée à café de cette poudre dans un demi-litre d'eau.

M. W. B. HOUSSE.

Pommade pour les sondes.

Poudre de savon.....	} ââ 1 once.
Glycérine.....	
Eau.....	
Naphtol B.....	15 grains.

Cette pommade se conserve bien ; elle est très soluble et parfaitement glissante.

Professeur GUYON.

Fotion expectorante.

Eau de tilleul.....	5 onces.
Suc de réglisse.....	2½ drachmes.
Sel ammoniac.....	80 grains.
Extrait de jusquiame.....	2 grains.
Émétique.....	1 grain.

M. Une cuillerée toutes les heures dans les rhumes avec réplétion bronchique (*Gaz. hebdom.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, NOVEMBRE 1897

COURRIER DES HOPITAUX

HOSPICE DE LA MATERNITE

Par le Dr E. A. René de Cotret, professeur-adjoint d'Obstétrique

Avant de vous relater l'histoire des cas intéressants observés à la maternité, permettez-moi de faire une courte étude des changements survenus dans cette institution depuis quelques années.

Qui ne se souvient de cette petite chaumière dont la cheminée et la toiture seules jetaient furtivement leur regard honteux par-dessus cette grande palissade plantée au coin des rues St-Hubert et Lagauchetière. Nos aînés en médecine y ont connu les misères et les débuts difficiles d'une maternité. Que de choses ne nous raconteraient-ils pas s'ils n'étaient aussi charitables et aussi discrets que le sont tous les médecins consciencieux !

Répondant, autrefois, à la petite croix noire, symptôme tangible, ou signe prodromique d'un accouchement imminent, que faisaient nos aînés auprès de la femme en travail ? Regardaient-ils de loin, comme on l'a dit dernièrement, le travail se faire et l'expulsion se produire, contents d'avoir nourri leurs yeux seuls d'une science qu'on n'acquiert qu'en se trempant les doigts dans le plat pour en extraire le gâteau ? Comment faisaient-ils leur examen ? Se lavaient-ils les mains plutôt après qu'avant le toucher ? Hélas ! ce que j'ai vu faire récemment par un vieux praticien que la renommée a pourtant porté sur ses ailes, me prouve que le cœur était près des lèvres et du morceau de pain que la main plus ou moins parfumée y porterait, et que la conscience du devoir accompli honnêtement n'était pour rien. Si l'on doit se purifier les mains après le toucher afin de se protéger de toute souillure, et d'enlever toute odeur désagréable, combien est-il plus nécessaire de pratiquer cette opération avant tout examen chez la femme en travail, car la vie de cette dernière est en jeu. Et que prouve cette fameuse fièvre de lait, inévitable après l'accouchement, pour tous les praticiens du régime *anti-aseptique* ou *ante-aseptique*, si ce n'est qu'on péchait mortellement contre la propreté des mains ? Il faut croire qu'on n'avait pas encore entendu ce fameux mot du Dr Budin. "Quand j'étais, dit-il, chef de clinique, les étudiants n'étaient pas, comme aujourd'hui, convaincus de la nécessité d'une asepsie parfaite et j'en voyais souvent qui voulaient pratiquer le toucher avec des mains plus ou moins nettes. "Pardou, leur disais-je, lavez-vous d'abord, dans l'intérêt des malades ; votre examen terminé, vous ferez ce que vous voudrez, c'est votre affaire."

A combien la leçon peut-elle servir aujourd'hui ? Que ceux qui ont à déplorer la mort d'une cliente, fassent un bon examen de conscience. Peut-être se frapperont-ils la poitrine !

A la place de l'ancienne maisonnette s'élève aujourd'hui un superbe édifice. Quatre grands étages donnent, annuellement, à quatre ou cinq cents femmes enceintes, un abri où les règles de l'hygiène moderne sont observées minutieusement. Tout y est propre ; et, qui ne connaît cette propreté qu'on rencontre nulle part ailleurs que dans les communautés de religieuses ? Mais, ce n'était pas encore de la propreté obstétricale. Peu à peu, nous avons changé les méthodes défectueuses, dans l'intérêt des malades et à l'avantage des étudiants. Dans la suite du *Courrier de la Maternité*, je ferai connaître, au fur et à mesure que l'occasion s'en présentera, toutes les améliorations survenues.

Chaque année, de cinquante à soixante ou soixante-dix étudiants suivent les cliniques de la Maternité. Ils sont divisés par comité de quatre membres. A tour de rôle, chaque comité est appelé à suivre les différents cas d'accouchement. Ainsi, une femme est prise des douleurs de l'enfantement ; elle descend du troisième étage, réservé aux gestantes, dans la salle du Bon Pasteur (salle d'accouchement). La garde-malade en charge pratique le toucher et se rend compte de l'état du col, etc. Elle demande de suite à la religieuse d'avertir, par téléphone, le comité No 1.

Chaque étudiant, en s'inscrivant à la Maternité, donne son adresse et le numéro du téléphone qui l'appellera. En outre, nous avons un annuaire de L'Université nous indiquant les heures des cours et des cliniques d'où il est facile d'appeler les comités. Malgré tout le bon vouloir des religieuses, les étudiants perdent souvent des cas. Quelquefois, la parturiente nous joue un tour. Elle connaît la présence des carabins aux accouchements ; aussi n'avertira-t-elle la garde-malade qu'au moment de l'expulsion du fœtus. Elle descend à la salle du Bon-Pasteur ; mais il est trop tard pour demander un comité. Parfois, c'est une malade qui nous arrive du dehors, à la dernière période du travail ; et, parfois, ce qui est fréquent, nos carabins sont en faute. La raison ? je ne la connais pas. J'ai vu appeler sans succès, pendant deux heures, différents comités.

Le comité No 1 est au complet, (vous pensez bien qu'il a fallu plus de cinq minutes pour le réunir) ; il monte dans la salle du Bon Pasteur où je l'attends après avoir fait mon diagnostic du cas ou des cas (il nous arrive souvent d'avoir trois ou quatre accouchements dans le même temps). Personne, (ni le médecin, ni la garde-malade, ni les étudiants), ne fait un examen, ou n'approche de la patiente sans s'être lavé et brossé les mains à l'eau chaude et au savon, puis dans une solution de bichlorure de mercure. Les étudiants sont avertis de se couper les ongles ras et de toujours les tenir courts, quitte à se servir d'un instrument aseptique pour rompre, au besoin, la poche des eaux. Il vous souvient, sans doute, qu'autrefois c'était l'usage (coutume barbare et criminelle) d'avoir l'ongle de l'index assez long pour rompre facilement les membranes. Oh ! quel vaccin n'allait-on pas inoculer ainsi ! Et de quel malheur cet ongle en deuil ne se rendait-il pas coupable ! La mort, il est vrai, n'en était pas toujours la conséquence inévitable. La mort est-elle le plus grand des maux ? Demandez-le donc à ces pauvres femmes impotentes, clouées depuis des années dans leurs lits. Ce qu'elles souffrent pouvez-vous le comprendre ? Mille fois, elles ont appelé la mort qu'elles trouveraient mille fois plus douce que la vie sans soleil et sans repos. Depuis quand languissent-elles loin des joies et des plaisirs, maudissant, sans le savoir, l'accoucheur imprudent qui pêche par ignorance ou négligence ? Elles souffrent depuis le jour où cet accoucheur les a infectées. Demandez-le donc aux gynécologues pourquoi elles souffrent, ces malheureuses ? Demandez-leur donc aussi, à ces mêmes gynécologues, qui leur fournit le pain quotidien et les enrichit si vite ? Mais, vous répondront-ils, nous attendons notre nourriture, nos richesses, de vous messieurs les accoucheurs.

Tous le voyez, je n'insiste pas seulement sur le lavage et le brossage des mains, mais de plus sur les soins à donner aux ongles. Il ne faut pas faire comme ce chirurgien allemand qui croyait s'être bien désinfecté les mains dans les différentes solutions antiseptiques, quand ses dix doigts restaient encore bordés d'une large bande noire, en signe de deuil, je suppose, pour les microbes tués ou comme l'étendard de la mort qu'il portait chez ses opérés. Assez sur ce sujet que je retoucherai plus tard.

Revenons plutôt à nos carabins que j'ai laissés en consultation auprès du lit de misère de la Maternité. Deux d'entre eux pratiquent le toucher, en observant minutieusement tout ce que le doigt rencontre à la vulve, dans le vagin, ou au col de l'utérus. L'état du col, la forme de la poche des eaux, la présentation et la position attirent spécialement leur attention. Ces deux étudiants me communiquent leur diagnostic que je confirme, s'il concorde avec le mien ; dans le sens contraire, ils doivent recommencer leur examen qu'ils prolongent autant qu'il leur est nécessaire.

Ce n'est pas par complaisance ou par imagination qu'ils peuvent calquer leur diagnostic sur le mien, car ce dernier ne leur est dévoilé qu'après qu'ils ont complètement terminé leur examen. Aussi leur est-il difficile de s'imaginer trouver le col quand ils touchent un repli du vagin. Ils doivent m'indiquer le degré d'effacement du col, sa mollesse, sa dilatation, la différence entre la lèvres antérieure, et la lèvres postérieure, etc., etc.

Malheureusement, il se rencontre encore des étudiants qui préfèrent voir l'accouchement de loin. Est-ce par crainte de se salir les doigts, ou par paresse d'enlever leur bague et de se laver les mains ? J'ai été quelquefois dans l'obligation de forcer certains élèves à instruire leurs doigts plus que leurs yeux.

Les deux autres étudiants du comité mettent la patiente dans la position convenable au palper qu'ils pratiquent aujourd'hui avec beaucoup de facilité. Je suis heureux de le dire hautement : l'an dernier, au moins une douzaine d'élèves faisaient un très bon diagnostic par le palper et l'auscultation. Ils traçaient parfaitement sur l'abdomen de la parturiente les différentes lignes et les points variés qui indiquent telles ou telles positions, parce qu'on y devra entendre le summum d'intensité des bruits du cœur fœtal. Leurs doigts exercés trouvaient facilement, à travers la paroi abdominale, le corps dur et rond formé par la tête fœtale, de même que la petite tumeur constituée par l'épaule. Ils différenciaient les deux pôles fœtaux.

Pendant ce premier examen, chaque élève est interrogé sur le nombre des présentations et positions, le diagnostic de chacune d'elles, les phénomènes physiologiques et mécaniques de l'accouchement, etc.

Si l'accouchement ne se termine pas de suite, les étudiants descendent à leur salle d'attente ou s'absentent, suivant la marche du travail, pendant deux ou trois heures après lesquelles ils renouvellent leur examen, généralement encore sous ma surveillance. Parfois, la patiente sera soumise, (toujours d'après la durée du travail) à cinq ou six examens (un toutes les 2, 3, ou 4 heures) du médecin, de la garde-malade et des deux étudiants. Ajoutez : six touchers du médecin, autant de la garde-malade et douze des étudiants en tout vingt-quatre touchers, et, dites-moi si les élèves ne sont pas plus favorisés que les malades protégées ? Hé bien ! malgré ce grand nombre de touchers, vous pouvez vous convaincre si tout se fait antiseptiquement par le fait que les étudiants se plaignent de ne pas suivre les cas d'infection puerpérale. La raison en est bien simple : nous n'en avons pas. Je suis fier de l'annoncer, notre mortalité, qui était considérable avant l'ère aseptique et antiseptique, est devenue nulle depuis l'adoption du régime de l'antisepsie obstétricale.

Ainsi, les étudiants n'ont pas l'avantage de voir des cas d'infection puerpérale parce qu'ils se désinfectent soigneusement les mains avant de pratiquer le toucher ; parce que le médecin et la garde-malade font de même ; parce que les parties génitales de toute accouchée sont examinées attentivement et pensées

antiseptiquement; parce que toute accouchée reçoit, tous les jours, au moins deux injections vaginales au bichlorure de mercure ou à l'acide carbolique; parce que, au besoin, lorsque la température ou le pouls de la malade s'élève, nous ne craignons pas de donner des injections intra-utérines.

J'exagère, peut-être, en disant que nous n'avons pas un seul cas d'infections puerpérales. Je devrais dire nous en avons deux ou trois par année, mais encore je dois les appeler de leur vrai nom que MM. Labadie—Lagrave et Gouget leur ont donné: *fièvres puerpérales antiseptiques* ou *fièvres puerpérales atténuées*. Mais qu'est-ce que deux ou trois sur un total de quatre cents accouchements? Je comprends le désappointement des étudiants. Ils s'attendent à rencontrer, comme autrefois, des *fièvres puerpérales* aux symptômes alarmants et tapageurs, à marche progressive. S'imaginent-ils, par hasard, de voir journellement de ces moribondes à la face grippée, en proie à des douleurs atroces et continuës, vomissant incessamment et affligées d'une diarrhée profuse, de ces moribondes à la respiration accélérée et superficielle par suite de l'énorme distension de l'abdomen? Dans des lochies fétides, croient-ils trouver encore cette odeur de gangrène et de pourriture?

Les étudiants ne font même pas connaissance avec cette inséparable compagne des accouchements du temps jadis: la *fièvre de lait*. La fameuse *fièvre de lait*, qui cachait l'ignorance, a complètement disparu. Pourtant, c'est ici qu'on devrait la rencontrer puisque pas une femme ne nourrit son enfant. Aussi, les étudiants savent-ils parfaitement d'où part l'étincelle qui allumera une fièvre ardente si l'on n'y prend garde, et connaissent-ils quelle eau merveilleuse en arrêtera la marche envahissante.

Depuis quelques années, la loi sur la médecine oblige les élèves à suivre au moins douze accouchements. L'an dernier, plusieurs comités ont eu jusqu'à vingt-quatre et vingt-six cas d'accouchement, au nombre desquels sept ou huit applications de forceps. Tous les autres comités ont assisté au moins douze fois les femmes en travail. La moyenne a, cependant, été de dix-huit cas pour chaque comité. La différence dans l'assistance des comités s'explique par le fait que certains comités sont composés de membres arriérés dans leurs cours ou leurs examens. Quand leur douze cas sont terminés, ils donnent leur tour à leurs confrères. Autre raison: il est une coutume de laisser le comité appelé faire tous les accouchements qui peuvent se présenter pendant son séjour à la Maternité. Ainsi, le comité No II est appelé; le travail n'est qu'au début. On examine la malade et on prend soin du cas. Celui-ci n'est pas terminé, et une autre femme descend dans la salle du Bon Pasteur, (quatre ou cinq femmes peuvent ainsi descendre et être délivrées avant la première); dans ce cas, l'usage veut que les étudiants présents restent en charge du cas ou des cas nouveaux.

Chaque comité n'a pas eu moins de trois applications de forceps. Soit dit en passant que le forceps n'est pas appliqué, à la Maternité, comme un instrument de complaisance. Nous ne nous servons pas du forceps pour le simple plaisir d'être agréable aux étudiants qui nous y sollicitent beaucoup.

Non, les *fers* ne sont employés qu'en cas d'absolue nécessité. C'est une véritable opération qui a des dangers plus grands qu'on ne le croit généralement. Les chirurgiens des hôpitaux, dans le but d'être utiles aux étudiants, pratiquent-ils des opérations de fantaisie?

Il est bien facile de faire croire à la femme en travail qu'il y a urgence de mettre un terme à ses souffrances. Elle ne connaît rien; elle ne sait pas où en est rendu la dilatation du col; elle ignore comment l'enfant se présente. Elle vous croit, elle a mis sa confiance en vous. Que ça soit à la Maternité ou dans la clientèle privée, que la patiente soit riche ou pauvre, c'est une femme, c'est une mère, elle a droit à tous vos égards; allez-vous la tromper?

Il y a beaucoup de parturientes pusillanimes qui céderont vite à vos sollicitations. Elles ne s'imaginent pas que vous, médecins, vous êtes les plus intéressés à vous débarrasser de leur accouchement; elles ne vous croient pas l'âme

assez vénale pour hâter leur délivrance dans le seul but de courir auprès d'autres patientes et faire ainsi le plus d'argent possible dans le moins de temps possible. C'est avec expérience de cause que je parle ainsi. Oui, malheureusement, il se rencontre trop de médecins qui appliquent le forceps sans nécessité et sans que les voies soient prêtes. Le médecin doit avoir une conscience, une conscience qui prime tout. Il doit se rappeler que la vie de sa patiente est entre ses mains.

Ce n'est pas une chose si simple et si naturelle que l'application du forceps. Vous, messieurs, qui mettez les fers à toutes vos parturientes, avez-vous examiné les délabrements, les dégâts que vous avez causés? Avez-vous songé que cette déchirure du col ou du vagin, faite par votre instrument, sera une porte largement ouverte aux microbes qui vont s'y précipiter en flots? Non, vous n'y avez pas songé puisque vous n'avez même pas pris le soin d'examiner la femme après la délivrance; vous n'y avez pas songé, parce que vous n'avez pas suturé la déchirure et fermer la porte aux microbes; vous n'y avez pas songé, parce que vous n'avez pas prescrit les solutions antiseptiques, seules capables de balayer les agents meurtriers de l'infection puerpérale.

Vous croyez que c'est une chose bien simple! eh bien! écoutez M. le docteur W. Japp Sinclair, président de la section d'obstétrique et de gynécologie à la dernière assemblée annuelle de l'Association Médicale Britannique.

"L'an dernier, dit-il, je fus appelé auprès d'une jeune primipare accouchée depuis une semaine. À la consultation, son médecin me dit qu'il ne pouvait comprendre pourquoi l'état de la malade était si inquiétant, vu que l'accouchement s'était bien passé. En effet, le cas était désespéré. En examinant la patiente dans la position obstétricale, je découvris une large et profonde déchirure des parois vaginales; le doigt explorateur pénétrait facilement dans le tissu péri-utérin. Le médecin n'avait fait aucune allusion au forceps, au cours de la conversation que nous avions eue avant d'examiner la patiente. Ce n'est qu'après mon examen que mon collègue m'expliqua pourquoi et à quelle période il avait employé le forceps. Il me sembla dans le temps que mon confrère *attachait si peu d'importance* à la terminaison du travail par le forceps qu'il avait oublié d'en mentionner l'emploi. L'enfant vécut, mais la mère est morte."

Je pourrais citer un nombre infini d'exemples pour vous prouver la justesse de mes remarques.

À la Maternité, l'intérêt des malades marche de pair avec l'avantage des étudiants. Aussi, l'an dernier, pour suppléer au nombre des applications de forceps, j'ai fait pratiquer les manœuvres obstétricales sur le mannequin. Cependant, les étudiants n'ont pas à se plaindre sous ce rapport, puisqu'ils ont assisté, en moyenne, à trois applications de forceps.

Les premiers accouchements de chaque comité sont faits par le médecin qui en explique le mécanisme, et enseigne la conduite de l'accoucheur à la période d'expulsion et de délivrance. Quand les étudiants ont assisté à deux ou trois accouchements, ils aident eux-mêmes, sous le regard de leur professeur, la femme aux derniers moments de la parturition. Ils pratiquent la délivrance, quand il le faut, et en apprennent les différentes méthodes. Je dis quand il le faut, parce que je leur enseigne à ne pas tirer le cordon, à ne pas faire d'effort pour extraire le délivre, et à attendre le temps nécessaire à la délivrance naturelle. Ils assistent à la toilette de la patiente et lui appliquent sa bande, tout en surveillant son pouls et l'état de l'utérus. Le placenta est examiné devant eux, afin de les habituer à y déceler certaines maladies, telles que la syphilis, l'albuminurie, la tuberculose, et pour constater s'il n'y manque pas quelques cotylédons ou si les membranes sont complètes. L'enfant est lavé et vêtu en leur présence. Quelquefois je leur fais donner le bain à l'enfant et le leur fais habiller.

Pour les cas d'accouchement ordinaires, comme je l'ai dit plus haut, le nom-

bre des étudiants est de quatre, pour les cas extraordinaires ou de dystocie, leur nombre s'élève jusqu'à douze ou au-delà. Parfois quarante à cinquante étudiants étaient présents à la clinique de la Salle du Bon-Pasteur. Il est permis dans l'occasion à l'élève, qui a vu deux ou trois applications de forceps, de se servir lui-même de ces instruments sous la direction du professeur.

Avant d'entrer, avec la nouvelle accouchée, dans une autre salle, laissez-moi vous dire un mot sur l'aménagement de notre salle d'accouchement.

Pendant les séances de l'Association Médicale Britannique, monsieur le professeur Lamarche a lancé, à tous les médecins, une invitation de visiter la Maternité et d'y constater les progrès immenses qui se sont accomplis depuis quelque temps. Plusieurs médecins étrangers (et des plus illustres), et plusieurs de nos confrères du Canada, tant anglais que français, ont répondu à l'invitation de M. le docteur Lamarche. Tous ont été émerveillés et ont été unanimes à dire que la Maternité catholique de Montréal était un modèle dans son genre.

En effet, dans sa toilette nouvelle et sévère, elle peut supporter la comparaison, je ne dis pas avec les autres maternités de Montréal ou du Canada, car elle leur est de beaucoup supérieure, mais avec toutes les maisons du même genre aux États-Unis. Les dames religieuses, propriétaires de cet immense établissement, ont voulu suivre le mouvement de progrès, qui envahit toutes les branches de la médecine. Elles y ont pleinement réussi, et leur ouvrage se termine par un chef-d'œuvre qui leur fait honneur, autant qu'à la ville de Montréal, et à l'Université Laval.

Laissez-moi, en passant, répondre à une critique qu'on entend même parmi les gens instruits. On ne comprend pas l'existence de religieuses dans une maternité. C'est, d'après certaines personnes, encourager le vice, que de le cacher. Hélas ! le raisonnement est faux. Celui qui a une connaissance parfaite de la vie du monde, n'a qu'à jeter les yeux autour de lui, et à se dire : dans le cercle des dames honorables qui m'environnent, des mères respectables et vénérées qui font la joie et le bonheur de leur famille, j'en vois peut être une dont la nuit du passé cache un mystère qui, s'il eut été dévoilé, aurait été le premier anneau d'une longue chaîne de malheurs ou le premier pas au bord d'un précipice sans fond. Enlevez donc à la femme son honneur ; que lui reste-t-il ? Peu lui importe son père, sa mère, ses frères. Elle ne reconnaît plus de famille, et, tête baissée, elle se jette à corps perdu dans le crime, où, de chute en chute, elle roule sans jamais s'arrêter que sur le seuil de la mort ignominieuse de la prostituée ou de la suicidée. Oui, enlevez-nous notre maternité, conduite par des religieuses, et dites-moi où se réfugieront ces coupables d'un instant, ces jeunes filles de familles respectables ? Elles iraient cacher leur honte et leur désespoir dans des maisons de rendez-vous, ou encore dans des lieux plus ignobles, exposées continuellement à toutes les turpitudes, se faisant connaître par un monde lâche et sans principe, qui ne craindrait pas de leur jeter, plus tard, à la face, la honte de leur faute passée. Elles iraient dans ces maisons, que la première femme venue intitule : "maison de pension pour dames ; strictement privée." Y apprendraient-elles la morale que les religieuses leur eussent enseignée dans le cloître ? La retraite, loin de tout ce qui peut lui rappeler sa faute, est certainement plus salutaire à la femme, que le séjour encore plein du souvenir d'un jour néfaste.

Pardonnez-moi, si je me suis un peu éloigné de mon sujet pour défendre une cause qui n'est certainement pas de mon ressort, car la charité et le dévouement, quoi qu'on fasse, ne cesseront jamais de répandre le bien à pleine main sur tous indistinctement.

Je voulais donc vous donner la description de l'intérieur de la maternité.

Que j'y introduise un jeune médecin, dernièrement diplômé qui y a suivi les cours, même l'an dernier, je suis certain qu'il n'y reconnaîtrait pas, je ne dis pas son Alma Mater, parce que le mot pourrait prêter à équivoque, mais l'institution qui lui a donné asile, tant les changements sont marqués et nombreux.

La salle du Bon-Pasteur n'a pas varié dans ses dimensions ; mais son aspect

n'est plus le même. Aujourd'hui, elle est presque richement décorée. Sa richesse, cependant, ne s'étale pas dans des moulures dorées ou une architecture ogivale. Elle est belle dans sa simplicité hospitalière. Le plafond et les murs de toutes nos salles sont unis, sans festons et sans astragales. Ils sont fraîchement peints à l'huile. La couleur est d'un ton clair et agréable. Tous les planchers sont en bois franc durci et rendu imperméable par trois ou quatre couches d'huile et de vernis.

Dans la salle d'accouchements, nous avons trois bassins de pierre, deux, pour les mains et un pour laver l'enfant naissant. Ils sont munis, tous les trois, de deux robinets, dont l'un amène l'eau froide, et l'autre, l'eau chaude. Nous avons en plus un robinet avec le filtre Chamberland. Chaque bassin est recouvert d'une table de marbre, que de légers et élégants supports maintiennent en place. Rien n'entoure les tuyaux de renvoi : plus de nids à vermine, et de fabriques de microbes. Les coins noirs et humides ont disparu ; la lumière pénètre partout pour étaler au grand jour la propreté de l'hygiène moderne. Oui, la lumière vient se refléter sur toutes nos conduites d'eau qui sont en fer nickelé.

Une grande table, également de marbre, de deux pieds et demi par quatre, soutenue par de petites colonnes de cuivre nickelé, reçoit tous nos instruments et tout ce qui sert aux différentes manœuvres de l'accouchements. Au-dessus de la table, sont déposés, sur une longue tablette de pierre blanche, tous les bœaux qui contiennent, celui-ci, le sérum-artificiel ; celui-là, l'eau filtrée ; un autre, la gaze aseptique qui a remplacé les éponges jetées au feu ; un autre, le coton absorbant aseptisé pour l'ombilic de l'enfant. On y voit également, dans un bassin couvert et rempli d'une solution de formaldéhyde, la soie pour les sutures de la périnée et les fils pour la ligature du cordon ombilical. Il serait trop long d'énumérer chaque article de notre arsenal obstétrical. Cependant je me garderai bien d'oublier notre saindoux des jours d'antan. Vous vous en souvenez, il n'y a pas de mal à le dévoiler, tous les médecins l'ont vu, l'ont connu, l'ont goûté des yeux et du doigt. Vous rappelez-vous de quelle couleur il était ? blanc, noir ou rouge ? Hélas ! il a fondu et n'est plus ; aujourd'hui son successeur, souvent renouvelé dans un petit pot bien net et bien couvert, est d'un beau blanc et d'une odeur qui rappelle l'étiquette : *mort aux microbes*.

Je ferai une mention spéciale de la magnifique armoire vitrée, don de M. le professeur Lamarche. C'était un meuble qui nous manquait. M. le professeur y a ajouté un certain nombre d'instruments de grande valeur et d'utilité réelle. Aujourd'hui, si nous n'avons pas tous les instruments qu'on trouve dans une Maternité bien outillée, au moins nous sommes sortis de la disette du passé, et nous avons l'espoir de montrer, bientôt, avec orgueil, une salle d'accouchement modèle. Nos deux lits de misère sont, vous le pensez bien, d'un usage continu.

La salle du Bon Pasteur mesure vingt-quatre pieds par vingt pieds six pouces. La chambre voisine ou infirmerie, ou salle des accouchées, est longue de cinquante-cinq pieds et large de vingt. Elle contient quatorze lits, y compris celui de la garde-malade. Quatre grandes fenêtres, exposées au soleil presque tout le jour, lui donnent la lumière. Elle est réservée aux accouchées pauvres—(celles qui sont vues des étudiants). (1)

L'infirmerie des payantes mesure trente-deux pieds par vingt, est éclairée par trois châssis, et contient dix lits. Une autre salle de vingt-deux pieds par vingt, avec six lits, sert aux gestantes qui sont malades ou sous observation immédiate.

(1) Nous avons placé de grands ventilateurs, modèle Lessard & Harris, dans chaque sa le. Comme ces ventilateurs n'ont fonctionné que pendant les jours d'été nous ne pouvons dire si vraiment ils rempliront nos salles d'un air pur. Tout de même, j'ai souvent fait remarquer aux gardes-malades leur utilité. Plusieurs matins, je suis entré dans les infirmeries où reposaient une dizaine de malades, avant l'heure de l'ouverture des fenêtres, et j'ai été frappé du fait que l'air ne paraissait pas vicié.

Ces trois dernières salles ne sont séparées que par de grandes portes. Ces dernières étant ouvertes, nous sommes dans un immense appartement de cent pieds, contenant trente lits, nombre qu'on peut augmenter facilement vu les larges intervalles entre chaque couche.

De cet appartement, les malades passent dans la salle des convalescentes, longue de quarante cinq pieds sur vingt-deux de large. Elle a quinze lits.

Notre pavillon d'isolement comprend deux chambres, l'une de dix-sept pieds par neuf et l'autre de dix-sept par douze et demi. Il donne sur un petit passage ou anti-chambre où les gardes-malades isolées préparent tout ce qui est nécessaire à leurs patientes. Une fois entrées dans ce pavillon, les gardes-malades n'en sortent qu'après avoir été complètement désinfectées. La pharmacie se trouve près de la salle du Bon Pasteur. Elle est bien montée. On y trouve un stérilisateur, et un poêle à gaz.

Tous nos lits sont en fer forgé, et sont réduits à leur plus simple expression : un bon sommier, un large piqué, et un imperméable, plus les couvertures nécessaires à l'état des malades. Le matelas n'est toléré que dans le lit de la garde-malade. L'avantage de notre lit est d'être simple, très-confortable et surtout facilement rendu aseptique. Le piqué est lavé et désinfecté pour chaque nouvelle accouchée; l'imperméable qui le recouvre est très souvent passé au bichlorure de mercure. Le dortoir des gestantes contient soixante-treize lits. Ces dernières ont un matelas de erin et de laine. Le dortoir est au quatrième étage. Le troisième est divisé en plusieurs chambres où les gestantes s'occupent à divers travaux.

Tous les étudiants ont accès les jours de cliniques dans la grande salle des accouchées pauvres, et dans la chambre St-Roch, (pavillon d'isolement) quand il s'y trouve des malades infectées. Il est permis aux étudiants d'assister tous les matins à la visite des malades dont les suites de couches ne sont pas normales.

Il se donne régulièrement deux cliniques par semaine, (mardi et samedi), auprès des accouchées qui sont vues, revues et examinées par les étudiants jusqu'à ce que la convalescence soit bien établie. En outre, comme je l'ai dit plus haut, il y a deux, trois, quatre cliniques au lit de misère de chaque parturiente. Chacune de ces dernières cliniques ne dure pas moins de quarante à cinquante minutes. Très souvent il a été permis aux étudiants de voir quelques patientes avant leur accouchement. Les grandes cliniques du mardi et du samedi sont données par M. le professeur Lamarche.

En terminant, laissez-moi dire un mot de nos gardes-malades, dont le dévouement sans bornes n'a d'égal que leur charité et leur patience auprès des malades. Leur savoir pourrait faire envie à beaucoup de médecins; car, il est vraiment beau de les voir à l'œuvre, faisant leur diagnostic, ou terminant un accouchement. Elles connaissent parfaitement tous les caractères du poulx et se servent bien du thermomètre. Souvent j'ai regretté de pratiquer parmi les pauvres, et même chez les riches, car j'y sentais l'absence de ces femmes dévouées et précieuses. Elles sont rares dans la clientèle privée, les bonnes gardes-malades. Espérons que les portes de la Maternité seront bientôt ouvertes et qu'il en sortira un grand nombre de gardes-malades aussi intelligentes et aussi dévouées que celles qui se consacrent dans l'ombre à l'œuvre philanthropique des révérendes sœurs de la Miséricorde.

DÉCÈS

ST-GERMAIN.—A St-Hyacinthe, le 3 octobre 1897, est décédé le docteur J.-H. St-Germain.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE DERNIER RAPPORT DU C. M. & C. P. Q.

Dites que ça ne paye pas de tenir l'œil ouvert sur le Bureau des Gouverneurs ! Nous avons reçu, dans les derniers jours d'août, le rapport des assemblées de juillet et septembre 1896 et de juillet 1897.

Enfin ! Quatorze mois en retard le rapport de juillet 1896 ! Après tout : " mieux vaut tard que jamais," dit le proverbe, et les médecins sont si patients !

M. le Dr Roddick, dont on connaît le dévouement aux intérêts professionnels, a soulevé de nouveau, en juillet dernier, la question de faire imprimer et distribuer les minutes des assemblées semi-annuelles et proposé une motion ordonnant la publication du rapport de chaque séance, dans les quinze jours suivant la réunion du Bureau,

Fasse le Ciel que cette motion, comme tant d'autres de même nature, ne passe pas par la *boîte aux lettres-mortes* ! On a la mémoire si courte en certains parages.

Nous saluons avec plaisir l'arrivée de ce rapport, parce que nous y trouvons la preuve écrasante de plusieurs griefs sur lesquels nous avons eu l'honneur d'attirer l'attention du corps professionnel.

L'*Union* avait dit : " l'obligation que nous impose le Bureau de faire la " preuve en cas de poursuite contre les charlatans est odieuse ".

Et le collaborateur de la *Clinique*, celui-là même qui sait compter jusqu'à dix, de s'écrier :

" Il est faux, archi-faux, que le Bureau oblige les médecins de faire la preuve " en cas de poursuite contre les charlatans.

" Tout ce que le Bureau demande, c'est un rapport signé par un médecin " licencié, afin de permettre à son agent de se procurer certains détails dignes de " foi, pour préparer sa poursuite et conduire à bonne fin une cause dont il est " seul responsable ". *Clinique*, août 1897.

Que dit, maintenant, l'agent du Collège dans son rapport, page 14 :

" ; de tous côtés les plaintes me parviennent, mais ce que je tiens à " faire remarquer publiquement, c'est que les 992/100 de ces plaintes sont " incomplètes et ne sont point accompagnées des pièces justificatives nécessaires " pour procéder ; j'irai encore plus loin, et cela peut vous paraître étrange, mais " on impose à l'agent de poursuivre tel ou tel charlatan et on ne peut même pas " lui procurer son nom ; mais c'est un comble !

" Ce qu'il importe avant tout pour mener une cause à bonne fin, c'est d'avoir " des témoins solides, disposés à venir déposer devant le tribunal, et c'est à ceux " qui envoient leurs plaintes de s'assurer de la valeur de ceux-ci (les témoins). "

Nous soulignons pour mieux faire ressortir la franchise de l'écrivain de la *Clinique*.

L'agent l'affirme, le médecin, portant une plainte, devra s'assurer " *de témoins solides, disposés à venir déposer devant le tribunal* ! En d'autres termes, le médecin devra assumer le rôle de *détective*, courir les témoins à droite et à gauche, tirer les vers du nez de celui-ci et de celui-là (Dieu seul sait si Jean-Baptiste est rusé et défiant). Triste besogne, chers confrères ! Puis, il faudra écrire à M. le Régistrateur, lui donner les noms et prénoms de l'accusé ; noms et prénoms de fille si c'est une veuve ou femme mariée ; l'âge, l'adresse, noms et prénoms du patient traité, noms et prénoms de fille, si c'est une veuve ou femme mariée ; adresse du patient, date exacte ou approximative du traitement, montant exact ou approximatif du traitement ; enfin les noms des témoins, et des solides, entendez-bien !

Alors—et alors seulement—l'agent du Collège remettra le dossier tout préparé à un avocat et retirera son salaire..... gagné par les médecins.

Mais à quoi sert donc cet agent ? Si nos *détectives* étaient aussi exigeants à l'égard de ceux qui leur confient des causes, *détectives* et criminels mèneraient une vie bien douce.

Dans Ontario, où on a le sens pratique des affaires, l'agent du Collège des médecins reçoit \$600 par année, plus le montant des amendes imposées et paye toutes les dépenses encourues. Dès qu'il reçoit une plainte, il se rend sur les lieux, fait une enquête pour son propre compte et procède s'il le juge à propos. En 1895, cet agent avait trois hommes à son service, et s'était fait nommer membre de la police fédérale avec juridiction dans tout le Dominion, pour filer les délinquants en dehors de sa Province.

Est-ce la même chose à Québec ?

Nous pourrions citer un exemple démontrant l'inefficacité et les lenteurs de notre système, mais il ne faut pas trop appuyer.

On nous répondrait par un paradoxe d'Amédée Latour : " Crier au charlatanisme, c'est presque en faire preuve ". Quelle consolation douce et pratique ! Passons au rapport des auditeurs, (Page 29.)

" *Les fonds du Collège sont mal administrés* " avait encore écrit l'*Union*.

" Votre rôle de dénigrement n'a pas sa raison d'être " lui avait-on rétorqué. Constituons les deux auditeurs du Bureau juges du débat.

" En examinant les comptes de l'ex-trésorier défunt, disent-ils, nous trouvons " qu'il est dû au Collège une somme de trois cent vingt-deux dollars et cinquante-six centins. Après avoir pris les renseignements voulus à ce propos, nous vous " en informerons à la prochaine assemblée du Bureau. "

Neuf mois plus tard—en juillet 1897—les renseignements promis brillaient encore par leur absence.

Où est allé cet argent ? Mystère !

A-t-il été remboursé ? Mystère numéro deux !

La compagnie de garantie, à laquelle le Collège paye une prime annuelle, a-t-elle été mise en demeure de s'exécuter ? Mystère, numéro trois !

Mais voyez le coup d'audace des deux auditeurs ; nous soulignons.

" Pour terminer, ajoutent M.M. Smith et Girouard, nous oserions suggérer

“ que l'on mit plus de soins à la tenue des livres du Collège, et que les argents perçus par le registraire et les secrétaires soient remis au trésorier, chaque mois. ”

L'Union avait-elle menti ?

Ah ! si Paul, Medicus, etc. eussent osé écrire une telle phrase, vous auriez entendu gronder, sur leurs pauvres têtes, les foudres du “ Monsieur de la Clinique. ”

Une perle pour finir ce chapitre :

“ La garantie exigée du trésorier n'a pas encore été reçue. ”

Après un an. Hein ! ce n'est pas dans le Bureau qu'a pris naissance le fameux axiôme : *Business is business*.

Voyons page 30, M. l'auditeur F. Girouard nous y réserve une jolie surprise.

Savez-vous quel est le montant des arrérages des contributions annuelles ? C'est à en donner le vertige.

\$16,059.00.

Citons le rapport :

“ Afin de ne pas vous laisser sous une fausse impression quant à ces différents montants dûs, je les ai divisés en trois classes : *absents et prescrits*, sur lesquels vous ne pouvez nullement compter et en *comptes courants* qui sont les seuls collectables.

“ Argents dûs par médecins absents de la Province.....	\$9368.00
“ Comptes prescrits.....	3856.00
“ Courants.....	2835.00

“ Les montants dûs par les décédés n'ont pas été mis en ligne de compte. ”

Supposons que les montants dûs par les décédés s'élèvent à \$1600 ou \$1700, nous arrivons aux résultats suivants :

“ **Quinze mille dollars** ” ont été perdus grâce à l'inaction, à l'impéritie, à l'incurie du Bureau.

\$16,000 d'arrérages accumulés ! **\$15,000** perdus !

Ces deux chiffres valent une *philippique* et une *catilinaire*.

Dira-t-on encore que tous les médecins sont égaux devant la loi et que les uns ne paient pas pour les autres ?

Osera-t-on affirmer de nouveau, devant ces monuments de la faiblesse coupable de nos administrateurs : “ Vous faites une discussion empreinte d'envie et de jalousie, inspirée par la déception, remplie de personnalités, déloyale enfin ? ”

Peut-on soutenir, en face de tels résultats, qu'il faut conserver religieusement le système pourri, le système *des ficelles invisibles et magiques*, qui nous mène à la ruine par la double voie de la négligence et de l'extravagance ?

Finissons par une question de véracité à résoudre ; elle fera ressortir l'importance, la nécessité de publier un compte rendu officiel des délibérations du Bureau.

Nous lisons dans le rapport de l'assemblée du 30 septembre 1896, publié par la *Clinique* de novembre 1896.

“ Le Dr Laurent, secondé par le Dr Rinfret, propose que le Collège vote une

“ somme de 200 dollars pour faire relier les thèses de la Faculté de Paris et en prendre soin jusqu'à la prochaine assemblée triennale. Adopté sur division. ”

Remarquez, le montant est précis : \$200 ! La somme est modique, mais ne peut tromper l'œil et l'oreille.

Mettons en regard le texte de la même motion consignée dans le rapport officiel du Collège. Page 41.

“ Proposé par le Dr Laurent, secondé par le Dr Lacombe et résolu : Que le Président du Bureau soit autorisé à faire relier les livres de la Faculté de Médecine de Paris, et à faire toutes dépenses qu'il jugera nécessaires pour la location et la conservation de ces livres. ”

Ne soyons pas méticuleux, passons, sans dire que l'obligation pour le Bureau de faire relier, conserver et loger les livres de la Faculté de Médecine de Paris lui ferait regretter de ne pas avoir collecté ses arrérages.

On saisit la différence entre les deux propositions ci-dessus. L'une comporte un crédit limité, fixe, l'autre un crédit illimité, pouvant atteindre mille dollars si le Président le juge nécessaire. Pourquoi la *Clinique* ou son correspondant ont-ils ainsi falsifié le texte d'une motion officielle, c'est ce qui nous intrigue !

Aurait-on eu, quelque part, l'intention de tromper le corps professionnel, de lui jeter de la poudre aux yeux, de lui cacher la véritable situation ! C'est possible, car après tout la bibliothèque est ouverte au public, malgré l'injonction formelle du Bureau.

En attendant des informations sur le sujet, au lieu de s'occuper “ *des partisans plus ou moins bien disposés envers certain corps professionnel et qui, sans s'en rendre compte, peut-être, ne se limitent pas aux exigences d'une impartialité désirable,* ” le Rédacteur de la *Clinique* ferait mieux de surveiller son reporter officiel ou officieux, afin que ses comptes rendus aient l'avantage d'être moins personnels.

On se plaint de nos articles, on en trouve le ton trop vif, paraît-il. Nous avons été provoqués, il suffit de relire la discussion du dernier mois pour s'en convaincre. Quand l'homme qui vous traite de menteur, calomniateur, etc., etc., a trahi la cause que vous défendez, à moins d'être naïfs, vous auriez tard de ne pas lui rappeler son passé. Tant pis pour lui s'il ne peut grignoter son fromage en paix.

Tel on fait son lit, on s'y couche !

DR PAUL.

5 Octobre 1897.

LE BUREAU DES GOUVERNEURS ET LES SOCIÉTÉS DE BIENFAISANCE.

La résolution du Bureau des Gouverneurs, adoptée au mois de septembre dernier, à Québec, condamnant la conduite des médecins attachés aux Sociétés de bienfaisance, a pris la profession par surprise. Personne ne s'attendait à la chose ; personne en dehors des initiés ne savait que le Bureau était décidé à faire modifier la loi sur ce sujet. Ce n'est qu'en ouvrant les journaux, un bon soir, que les médecins ont connu la décision de leurs représentants.

Cette manière autoritaire de faire les choses n'est guère appréciée à notre

époque. Pourquoi le Bureau n'a-t-il pas consulté la profession avant de prendre une décision aussi grave, et qui touche d'aussi près les intérêts privés d'un grand nombre de ses électeurs ? L'organisation de la charité publique et des sociétés de secours mutuel est un problème social qui a été discuté par des gens autrement renseignés sur ces questions que messieurs nos Gouverneurs, et personne jusqu'ici n'a cru pouvoir résoudre haut la main ce problème. Encore moins doit-on s'attendre à ce que la solution en soit donnée par les parties intéressées. Le moindre danger qui puisse survenir dans ce dernier cas, c'est que la décision ne soit provoquée par des intérêts personnels plus encore que par toute autre considération.

Personne osera prétendre que les sociétés de bienfaisance ne sont pas d'un grand secours aux malades pauvres, et ne répondent pas à un besoin de la société. Il serait difficile d'affirmer, d'autre part, que le médecin qui attache son nom à une société de bienfaisance, et donne ses soins aux membres moyennant une légère gratification, commet une faute contre l'étiquette professionnelle. Il commet tout au plus un acte de charité, et ne fait pas même tort à ses confrères, car les malades de la société, faute de médecin, iraient aux hôpitaux et aux dispensaires gratuits. C'est précisément l'association mutuelle qui permet à ces malades d'avoir des soins médicaux privés.

En voulant mettre en lutte la profession médicale contre les sociétés de bienfaisance, le Bureau des Gouverneurs se met immédiatement dans son tort, car il se sert d'un moyen trop radical pour faire prévaloir ses intérêts personnels, et paraît oublier que cette question importante ne peut pas se résumer à une simple question d'honoraires. Si, avant d'agir, il eut consulté la profession à ce sujet, il n'aurait certainement pas obtenu son approbation, car elle n'a aucun intérêt à faire la guerre aux sociétés de bienfaisance et à leurs clients. Certes, les médecins, comme les sociétés, ont leurs intérêts à protéger ; mais ceci doit se faire par entente mutuelle. Certaines questions se règlent à l'amiable, mais ne s'imposent pas.

Le Bureau des Gouverneurs aurait-il entraîné avec autant d'imprudence la profession dans une question de cette gravité, surtout à la veille des élections, s'il se fût senti responsable vis-à-vis de ses électeurs ? Nous ne le croyons pas. Ceci fait voir, une fois de plus, le danger que nous signalons depuis deux ans. Les médecins n'ont aucun contrôle sur leurs représentants, qui peuvent les entraîner au gré de leur fantaisie sur les terrains les plus désavantageux. La profession n'est jamais consultée ; elle ignore toujours la veille ce que ses gouverneurs feront demain. C'est pour nous une cause de grande faiblesse. Un corps professionnel a besoin de l'union la plus étroite pour protéger ses intérêts d'une manière efficace.

Le travail du Dr Wyatt Johnson sera publié dans le prochain numéro. Nous avons aussi reçu de Paris, trop tard pour être publiée, une chronique du Congrès de Chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE.

DUPLAY & RECLUS.—*Traité de Chirurgie*. Le troisième volume de la seconde édition de cet ouvrage vient d'être publié par la maison G. Masson.

Comme dans la première édition, ce tome III traite : des affections articulaires (M. M. Nélaton, Lagrange, Quénu) ; des maladies du crâne (M. Gérard-Marchant) ; des maladies du rachis (M. Kirmisson) ; des maladies des oreilles et annexes (M. S. Duplay).

Comme on le voit, la division du sujet et les auteurs sont les mêmes que dans la première édition, mais tout a été remis entièrement à neuf, et les questions y sont traitées d'après les données les plus récentes. Ce volume de 940 pages, au lieu de 828 qui contenait l'ancien, renferme réellement sur ces questions l'enseignement le plus nouveau. Dans certaines parties surtout il est étonnant de constater ce que la chirurgie a pu faire de progrès pendant ces cinq dernières années. Celles surtout qui traitent de la chirurgie du crâne et du rachis sont complètement métamorphosées, et présentent, sous un volume comparativement peu considérable, tout ce que la littérature chirurgicale a publié dans ces dernières années.

On voit de plus en plus, à la sortie de chaque nouveau volume, que non seulement les auteurs et les éditeurs veulent perfectionner autant que possible la première édition cependant si bien faite de ce magnifique ouvrage, mais qu'ils visent à publier, dans un style clair, précis et élégant, un véritable traité classique, complet et parfait, de la science chirurgicale du jour.—O. F. M.

GRANCHER, COMBY et MARFAN.—*Traité des Maladies de l'Enfance*, publié sous la direction de M. M. J. GRANCHER, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, J. COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, A. B. MARFAN, agrégé, médecin des hôpitaux. 5 volumes, in-8 de 800 pages, Paris, MASSON et CIE, Editeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard St-Germain, 1897.

Nous devons à l'obligeance de la librairie Masson de donner aujourd'hui une courte bibliographie de l'excellent *Traité des maladies de l'enfance* que cette maison vient de publier. C'est un ouvrage dont l'importance scientifique est considérable, qui nous paraît résumer toutes les connaissances acquises jusqu'à ce jour sur la pédiatrie, et dont l'exécution typographique est soignée. Il offre en outre le grand mérite d'arriver à son heure, de répondre à un besoin et de donner à la médecine infantile, devenue si complète, la place qui lui convient à côté des grands traités modernes de médecine et de chirurgie.

Le *tome premier* est consacré tout entier aux maladies infectieuses² à part les deux premiers chapitres, où Comby nous donne la *Physiologie et l'hygiène de l'enfance*, et Marfan, des *Considérations thérapeutiques sur les maladies de l'enfance*. La scarlatine (Moizard), la rubéole (Bouloche), la rougeole, la variole, la varicelle, les oreillons, la coqueluche, (Comby) sont tour à tour passés en revue ; Dauchez a sur la vaccine un excellent article ; Marfan étudie très au long la fièvre typhoïde ; Comby donne une description excellente de la fièvre éphémère et de la fièvre ganglionnaire. Gillet nous parle de la grippe. Les chapitres suivants : suette miliaire, choléra asiatique, malaria, fièvre jaune, rage, n'ont pas pour nous grand intérêt. Il n'en est pas de même du tétanos (Renault), de l'érysipèle (Rénou), des infections septiques un chapitre tout nouveau, (Rudolf Eisehl), et du rhumatisme articulaire (Marfan).

Mais la partie la plus importante du volume, en raison des découvertes récentes, est sans contredit le chapitre sur la diphtérie, de Sevestre et Martin.

La question est traitée de main de maître, et avec un sens clinique profond que révèlent surtout les paragraphes consacrés au tubage et à la trachéotomie. P. Gastou a un très bon article sur la *syphilis* chez les enfants. Aviragnet étudie d'une manière complète la *tuberculose*, et le volume se termine par deux ou trois pages du même auteur sur la *scrofule*.

Le tome deuxième est consacré aux *maladies générales de la nutrition* et aux *maladies du tube digestif*. Signalons les articles de Comby sur l'*arthritisme* et la *croissance*, de Leroux sur le *diabète sucré*, de Demelin sur les *hémorragies des nouveau-nés*, de Thiercein sur l'*athrepsie*. Audéoud étudie les *maladies du sang*, Comby l'*hémophilie*, Marfan le *purpura* et les *syndromes hémorragiques*, Comby le *rachitisme*. Barlow, de Londres, a été spécialement chargé de décrire le *scorbut infantile*, maladie à laquelle il a donné son nom. Le chapitre cinq (*maladies du tube digestif*) s'ouvre par des *considérations pratiques sur le développement physiologique du tube digestif chez l'enfant*, de Variot, et par un article sur la *dentition* (Millon). Broca, le chirurgien bien connu de l'hôpital Trousseau, a été chargé de la partie chirurgicale : *bec-de-lièvre*, *macroglossie*, *tumeurs du plancher de la bouche*, *polypes naso-pharyngiens*, *prolapsus du rectum*. Citons aussi les remarquables articles de Felizet et Branca sur les *polypes du rectum*, les *corps étrangers des voies digestives*, et les *fissures à l'anus*. Comby traite des *stomatites*, des *maladies de l'œsophage*, des *maladies de l'estomac et de l'intestin dans la seconde enfance*, Marfan de la *tuberculose de l'estomac*, de l'*intestin* et des *ganglions mésentériques* et de la *constipation*, Sanné de la *dysenterie*. Le chapitre si important des *infections et intoxications digestives chez le nourrisson (gastro-entérites)* a été confié à Lesage, des hôpitaux de Paris. Bokay, de Budapest, décrit les *abcès rétro-pharyngiens* et l'*adénite rétro-pharyngienne*, Cuvillier la *pharyngite chronique* et les *végétations adénoïdes*. Filatow, de Moscou, a écrit le chapitre sur les *vers intestinaux* Jalaguier, celui de l'*invagination intestinale*, et Forgue, de Montpellier, termine le volume avec les *malformations* et les *fistules ano-rectales*, et les *abcès* de la même région.

Le TOME TROISIÈME renferme les chapitres VI (abdomen et annexes), VII (appareil circulatoire), VIII (nez, larynx et annexes). Il ne le cède nullement en valeur aux deux premiers. Nous citerons simplement les titres des articles. *Hernies inguinale et ombilicale* (Broca), *maladies de l'ombilic* (Paguy), *péritonites aiguës* (Comby), *péritonite tuberculeuse* (Marfan), *appendicite* (Brun), *ictères* (Rénon), *congestion du foie*, *stéatose hépatique*, *dégénérescence amyloïde du foie*, *abcès du foie* (Oddo), *kystes hydatiques du foie* (Forgue), *cirrhoses du foie* (Hutinel et Auscher), *rate et ses maladies* (Gastou), *albuminuries et néphrites* (Renault), *péri-néphrite*, *phlegmon péri-néphrétique* (Comby), *pyélite et pyélonéphrite* (Comby), *lithiase urinaire* (Bokay), *tuberculose du rein* (Hallé), *maladie d'Addison* (Comby), *néoplasmes du rein* (Albarran), *tumeurs liquides du rein* (Comby), *rein mobile* (Comby) *hématurie*, *hémoglobinurie paroxystique* (Comby), *névroses urinaires* (Guinon), *maladies des organes génito-urinaires externes dans le sexe masculin* (Pousson), *vulvite*, *vulvo vaginite et autres inflammations des organes génitaux externes des petites filles* (Epstein), *cystite*, *anomalies génitales chez les petites filles*, *onanisme* (Comby).—*Maladies congénitales du cœur* (Moussous), *maladies acquises de l'appareil circulatoire* (Weill).—*Malformations des fosses nasales*, *épistaxis* (Boulay), *rhinites aiguës* (Lermogez) *rhinite chronique* (Boulay), *ozène*, *syphilis des fosses nasales* (Boulay), *laryngites aiguës* (Variot et Glover), *laryngites chroniques*, *papillomes du larynx*, *corps étrangers des voies aériennes* (Boulay), *spasme de la glotte* (Marfan), *pathologie du thymus* (Sanné), *myxœdème* (Combe).

Les trois volumes déjà parus coûtent à Paris 56 francs (\$12 environ).—
E. P. B.