

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## Trois cas de maladie des yeux d'origine dentaire

Par M. le Professeur Foucher.

---

Plus nous avons observé l'état des dents, chez nos patients, au cours des maladies des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou des sinus avoisinants, plus nous avons acquis la conviction que l'irritation du trijumeau, la propagation du processus inflammatoire d'origine dentaire, l'infection directe provenant de dents cariées sont des causes fréquentes, sinon banales, de lésions observées dans les organes ci-dessus mentionnés. Ce sont des troubles oculaires réflexes analogues à ceux qu'on observe dans le tic douloureux; chez des enfants prédisposés on a vu ces troubles se traduire par de véritables attaques de chorée; ce sont des inflammations des paupières ou de l'orbite, de la conjonctive ou des voies lacrymales; chez les enfants, ce sont des conjonctivites ou des kératites phlycténulaires, chez les adultes des kératites suppuratives ou ulcéreuses.

Une des observations relatées ci-après se rapporte à un cas non signalé encore, à notre connaissance, de kératite herpétique. La parésie de l'accommodation a été signalée par Schmidt et attribuée par lui à une action réflexe; le glaucome aigu a été observé par Grénicéan; des cas d'amblyopie, d'amaurose passagère, de rétrécissement du champ visuel; des lésions variables du fond de l'œil ont été mis sur le compte de dents cariées comme point d'origine.

Les deux derniers cas relatés ci-après appartiennent à cette catégorie.

En ce qui concerne les oreilles, c'est l'otalgie qui apparaît le plus fréquemment en rapport avec la carie dentaire. Les patients accusent des douleurs très vives dans l'oreille ne leur laissant ni trêve ni repos, le conduit auditif ne présente aucun gonflement, l'acuité auditive est parfaite, il y a à peine une légère injection des vaisseaux qui bordent le manche du marteau; d'un autre côté, les calmants ont peu d'effet ou dans tous les cas n'agissent d'une façon ni complète ni durable, seule l'extraction d'une dent cariée amène un soulagement immédiat et une guérison certaine. Méconnaître cette cause d'otalgie, c'est abandonner l'oreille à tous les inconvénients qui peuvent résulter d'une irritation réflexe prolongée.

L'empyème du sinus maxillaire est presque toujours le résultat d'une dent cariée; il en est ainsi d'un grand nombre de cas de rhinites, d'ulcérations des parois buccales, pharyngée ou de la langue, et d'amygdalites infectieuses.

Enfin pour terminer ce procès sommaire des dents cariées, nous signalerons encore les céphalalgies et les dérangements d'estomac qui leur sont imputables et qui réagissent sur l'économie toute entière.

En dehors des cas ordinaires que nous avons observés en grand nombre dans le cours de notre pratique, ou la relation était évidente entre l'état des dents et la maladie observée, nous avons noté les trois cas suivants qui offrent un intérêt particulier.

Le premier cas se rapporte à un homme âgé de 50 ans qui, à la suite d'un simple refroidissement, a été atteint d'une inflammation de l'œil droit. Consulté quelques jours plus tard nous avons constaté la présence d'une série de petites vésicules occupant la marge supéro-externe de la cornée. La conjonctive, ainsi que l'épislère sont le siège d'une injection prononcée, la tension de l'œil malade est moindre que du côté opposé, la sensibilité cornéenne au toucher ne paraît pas émoussée; au-dessus de l'orbite, un peu plus haut que le sourcil, dans la direction ascendante des branches du nerf frontal, on aperçoit une série linéaire de points rouges, cicatrices et vestiges de vésicules rompues. Il existe à

cet endroit et au-delà, sur le trajet du nerf, une vive sensibilité qu'exagère la moindre pression.

Les voies respiratoires supérieures sont intactes ; le patient ne peut attribuer la cause de la maladie qu'à l'impression du froid contracté en entrant dans une glacière. En examinant la bouche on découvre une grosse molaire cariée, brisée à moitié, déterminant de fréquentes douleurs, surtout sous l'impression de l'eau froide ou de substances sucrées. Un premier traitement comporte l'ordonnance suivante : quinine, collyre à l'atropine en instillation 3 fois par jour dans l'œil malade, iode morphinée sur le trajet des branches du nerf frontal.

Après huit jours, sous l'effet de ce traitement, la conjonctive est encore hyperémisée, l'inflammation cornéenne est en voie de réparation, mais l'œil est encore sensible ainsi que le pourtour de l'orbite. La dent cariée est extraite. Le lendemain, le patient signale un grand changement en ce qui concerne le symptôme douleur : il ne souffre plus. Après 4 à 5 jours, l'œil est complètement guéri.

*Le deuxième cas* est celui d'une femme âgée de 51 ans.

Au moment où elle se présente à la clinique de l'hôpital Notre-Dame, la pupille de son œil gauche est dilatée par l'atropine, dont elle fait usage depuis quelque temps, d'après l'avis de son médecin. L'examen à l'ophtalmoscope révèle une névrite optique dans l'œil gauche et rien d'anormal à droite. La patiente distingue à peine les doigts à deux pieds de son œil gauche. L'acuité visuelle égale 5/5, à droite. Les parois de l'orbite, du côté gauche, sont sensibles au toucher, manifestement plus sensibles que du côté droit. Rien d'anormal ni dans le nez ni dans le pharynx nasal.

Trois dents cariées au maxillaire supérieur gauche et deux au maxillaire inférieur du même côté. Il existe une ostéopériostite alvéolaire, avec formation de pus ; l'haleine est fétide.

Rien à noter du côté des urines.

La patiente entre à l'Hôpital pour y être traitée dans le service interne. Extraction des dents cariées, traitement de la gencive.

par des attouchements à 1 peroxyde d'hydrogène, gargarismes au chlorate de potasse, frictions cutanées avec l'oléate de mercure, iodure de potassium à l'intérieur.

Après huit jours de ce traitement, la malade voit  $S = 5/50$  de l'œil malade. Le traitement est continué pendant quelques semaines sans nouveaux résultats; l'acuité visuelle reste dans le même état. La papille est devenue nettement visible et prend l'apparence de l'atrophie consécutive.

Le *troisième cas*, le plus intéressant, se rapporte à une fille de 21 ans. Elle s'est présentée à notre bureau le 16 décembre 1893, se plaignant de ne pas voir de l'œil droit et d'éprouver de vives douleurs orbitaires du même côté. L'examen à l'ophtalmoscope fit constater une névrite optique à droite et rien d'anormal à gauche. La sensibilité des parois de l'orbite qu'exagérait la moindre pression indiquait clairement une périostite de cette région. L'acuité visuelle était nulle à droite, il n'existait même pas de perception lumineuse.

L'acuité visuelle de l'œil gauche était normale. Interrogée sur ses antécédents, elle nous apprend qu'elle a eu récemment une attaque de fièvre typhoïde (?). Ses règles sont fréquentes et abondantes. L'examen des urines ne révèle rien d'anormal. Il n'existe aucune maladie constitutionnelle.

L'apparition des douleurs périorbitaires a coïncidé avec la perte de la vue à droite. Rien à noter du côté du nez. La dentition est défectueuse, quelques dents chevauchent les unes sur les autres, ce qui, au premier abord, nous fit croire qu'il y a peut-être dans cette disposition une cause pour expliquer la périostite orbitaire et partant la névrite optique et la cécité. En conséquence, la patiente est dirigée chez un dentiste avec instruction à ce dernier de faire un examen minutieux de l'état des dents.

Le dentiste incrimine une dent de sagesse et en fait l'extraction séance tenante.

Le lendemain matin, à notre grande surprise, nous recevons par téléphone la nouvelle que la patiente commence à distinguer les doigts et que les douleurs orbitaires sont diminuées.

En effet, le 17 décembre, la malade compte les doigts à 3 pieds,

n'accuse aucune douleur orbitaire, si ce n'est à la pression à la partie inférieure. Ordonnance : frictions mercurielles, et iodure de potassium à l'intérieur. Le 22 décembre, même état ; la pupille est moins embrouillée, le dessin des vaisseaux est plus régulier. Le calomel et la quinine sont substitués aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium. Le deux janvier, amélioration notable : S = 5/50 ; le 10 janvier S = 5/40 ; le 27 janvier S = 5/30, les douleurs orbitaires sont entièrement disparues, la papille est à peu près normale, pas de trace ni d'apparence d'atrophie consécutive.

Le 12 février S = 5/15 ;

Le 28 février S = 5/7½ ;

Le 12 mars S = 5/5.

La malade, revue dernièrement, a conservé son acuité visuelle normale.

Cette dernière observation nous a paru la plus intéressante parce qu'elle démontre d'une manière évidente et incontestable une relation de cause à effet entre la carie dentaire et une névrite optique rétrobulbaire. Elle prouve aussi qu'une intervention prompte peut, en enrayant la marche de la névrite, restituer complètement les fonctions du nerf optique et prévenir une atrophie. La deuxième observation semble aussi appuyer cette opinion, en ce sens que, la maladie datant depuis longtemps lorsque l'extraction des dents a été faite, la névrite avait eu tout le temps nécessaire pour faire subir aux fibres nerveuses et au tissu conjonctif qui les contient une transformation définitive. Il y a eu amélioration notable, mais l'atrophie avait déjà commencé son œuvre et nul doute qu'elle a dû continuer à progresser.

La conclusion à tirer de ces faits et d'un grand nombre d'autres qui s'en rapprochent, c'est que l'exploration des dents doit toujours être faite lorsqu'il s'agit de traiter une maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou des sinus avoisinants. En négligeant cet examen, on se prive d'indications précieuses, on laisse de côté un facteur étiologique important qui, en nous renseignant sur la nature de la maladie, nous met sur la voie d'un traitement rationnel, rapide et efficace.

96 rue St-Denis, 15 juillet 1895:

**Observation d'un cas de tachycardie intermittente idiopathique**

Par le Dr Charles Verge. M. D., Laval

Madame D. vient me consulter le 8 août 1894. Âge : 38 ans. Tempérament lymphatique. Se plaint de battements précipités du cœur, datant d'il y a environ deux ans et qui reviennent par accès ; mais la fréquence croissante de ceux-ci dans l'espace des derniers mois l'a décidée de se faire traiter. Les crises, chez elle, durent en moyenne quelques heures et débutent généralement le soir ou la nuit au milieu du sommeil. Elle ressent chaque fois et actuellement en particulier un malaise généralisé indéfinissable qui ne disparaît qu'avec le paroxysme. Facies inquiet, lèvres cyanosées et dyspnée considérable surtout accrue par la marche de sa demeure à mon bureau ; la respiration est à 36 par minute. En dehors des moments d'accès sa santé, à part une légère anémie constitutionnelle, est excellente. Pathologie héréditaire nulle, n'a jamais eu ni rhumatisme ni autre maladie infectieuse susceptible d'occasionner une endocardite, ni goître exophthalmique, ni névrose quelconque à son dire et à celui de son entourage que j'ai méticuleusement questionné plus tard. À l'inspection thoracique battements cardiaques très rapides et énergiques soulevant dans une grande étendue la région précordiale ; le pouls radial, au contraire, n'est perçu par le doigt que comme une sorte de vague ondulation. À l'auscultation battements nets, très frappés, nombre 180 à 184 à la minute ; ni dédoublement, ni souffle. Aucune lésion pulmonaire. Il n'y a pas chez cette malade d'hyperthermie, ni œdème, l'urinalyse révèle cependant des traces d'albumine. La dyspnée cesse, paraît-il, avec les paroxysmes. Ceux-ci sont aussi brusques dans leur disparition que dans leur apparition, pour se reproduire, dans le cas présent, à intervalles toujours plus rapprochés.

Je conseille à la malade de s'en retourner en voiture à sa résidence où elle devra immédiatement se mettre au lit et garder le

repos le plus complet, éloigner d'elle-même autant que possible toute cause d'excitation quelconque (lumière, bruit, etc.), et j'ordonne à sa famille, à qui je vais m'adresser pour les renseignements héréditaires et autres, de lui appliquer un sac rempli de glace au-devant du cœur en même temps qu'on lui mettra à la poitrine de petits morceaux de glace qu'elle devra constamment y laisser fondre. Après nouvel et minutieux examen je me crois justifiable de diagnostiquer : *tachycardie intermittente idiopathique*.

Depuis cette époque, j'ai revu ma patiente quatre fois dont la dernière le 19 janvier dernier. Deux de ces visites correspondaient aux deux seuls accès qui soient survenus depuis le mois d'août, le nombre de ceux-ci avait très notablement diminué à la suite du traitement suivi avec une régularité quasi-mathématique, et il y aura bientôt cinq mois, un intervalle d'une longueur inconnue depuis longtemps par la malade, que sa santé se continue parfaite ou à peu près.

C'est en causant avec cette personne que je rencontrais par hasard avant-hier, que l'idée m'est venue de transmettre à L'UNION mes notes primitives à son sujet, commentées de quelques réflexions appropriées qui, je l'espère, en rendront l'interprétation plus intéressante à mes confrères lecteurs.

J'ai pu ausculter deux fois, en dehors des crises, ce thorax parfois tellement troublé qu'à l'avant dernière crise entr'autres, l'accélération cardiaque atteignait 200, et je n'y a constaté qu'un calme absolu, un rythme normal, 72 à 74 révolutions par minute.

#### DÉFINITION, DIVISIONS ET DIAGNOSTIC.

Quelques auteurs ont voulu différencier la tachycardie des *palpitations* en ce que celles-ci sont caractérisées par la sensation *douloureuse* des battements augmentés de fréquence: le malade "sent battre son cœur." Cependant, malgré la justesse de cette dernière définition, il est impossible d'admettre que tous les tachycardiâques ne ressentent pas cette même sensation

pénible, quelquefois angoissante, à la région précordiale. Le terme général tachycardie désigne exclusivement l'accélération *extrême* ou excessive des battements du cœur. Il importe de la distinguer nettement de l'accélération simple physiologique (sujets faibles et délicats, sexe féminin, variations tenant aux repas copieux, aux mouvements musculaires, station debout longtemps prolongée, chaleur, influence accélératrice cérébrale : certains sujets pouvant accélérer les battements de leur cœur par un simple effort de volonté) ou pathologique (fièvres, maladies chroniques, anémie, chlorose, phthisie, névroses, etc.) atteignant 90 à 120 au lieu de 70 à 80 chiffre normal, tandis que dans la *tachycardie* le nombre s'élève à 160, 200, 250 et plus par minute.

On peut diviser la tachycardie en 1<sup>o</sup> intermittente, qui elle-même se subdivise en idiopathique ou essentielle (c'est le sujet qui m'occupe dans ce travail) et symptomatique; 2<sup>o</sup> en tachycardie continue. Cette dernière forme est toujours symptomatique, peut être due à une lésion du système nerveux ou à une névrose, ou encore résulter de lésions aiguës ou chroniques du cœur, du myocarde surtout; enfin on observe une tachycardie permanente (sans paroxysmes), transitoire, dans le cours des maladies infectieuses et à la suite de certaines opérations chirurgicales. D'une manière générale le chiffre des battements est moins élevé dans les tachycardies continues que dans la forme intermittente, il dépasse rarement 160 ou 180, d'autre part on n'y observe qu'exceptionnellement le contraste entre l'énergie des contractions cardiaques et la faiblesse du pouls, si remarquable qu'il constitue un des caractères essentiels dans les tachycardies intermittentes.

Je laisse de côté à dessein la forme intermittente *symptomatique* (crise d'origine réflexe qu'on observe dans certains états dyspeptiques, de la ménopause, de l'hystérie et de la neurasthénie, parfois causées par un trouble fonctionnel du foie, de l'intestin, de l'utérus ou de ses annexes, par le rein déplacé), pour ne décrire que celle qui tout en étant la plus intéressante, est aussi au point de vue de l'observation qui précède, la plus pratique.

La *tachycardie intermittente idiopathique* est une affection autonome qui n'a conquis que tout dernièrement encore droit de cité dans le cadre nosologique. La plupart des auteurs sont muets à son sujet et cependant elle existe avec les caractères bien marqués que l'on va voir. C'est une affection caractérisée par une perturbation fonctionnelle de l'innervation motrice du cœur, sans lésions appréciables de cet organe. Elle se manifeste par des *crises* qui débutent et cessent brusquement, ayant une durée de quelques heures à quelques jours et constituées par une accélération soudaine et le plus souvent imprévue des battements cardiaques; d'emblée leur nombre s'élève de 72 à environ 200 et au-delà. Dans l'intervalle des accès la santé générale est bonne et tous les organes sont intacts. Parfois le début et la fin de l'accès sont marqués par deux ou trois contractions plus lentes et plus énergiques. Pendant celui-ci, les battements sont réguliers mais le grand silence est supprimé, ce qui donne lieu au *rythme fœtal* ou *embryocardie*. Les battements paraissent, de plus, énergiques, soulevant largement la paroi thoracique. Le pouls artériel, lui, contraste étrangement dans la plupart des cas, avec ces fortes contractions: il est petit, misérable, presque imperceptible; à la fin de l'accès il redevient normal. Dans quelques cas assez peu fréquents les paroxysmes ont été précédés de prodromes tels que vertige, sensation de constriction épigastrique ou cervicale, ou suivis immédiatement d'une sorte de crise urinaire plus ou moins longue, de même que d'éruclations ou de vomissements. Ces derniers symptômes militeraient en faveur de la théorie d'une névrose bulbo-spinale et prouvent qu'en certains cas la limite n'est peut-être pas clairement établie entre ces crises et celles de l'hystérie ou de la neurasthénie. Avec la tachycardie on peut observer des troubles oculo-pupillaires (mydriase ou myosis), vaso-moteurs (alternatives de rougeur et de pâleur des téguments, refroidissement des extrémités et cyanose), des troubles laryngés (toux, aphonie) et surtout de la dyspnée. On a pu noter aussi des souffles et dédoublements qui disparaissaient avec l'accès.

## PRONOSTIC.

C'est une maladie pouvant durer un très grand nombre d'années, d'abord sous forme d'accès courts et espacés, puis d'accès longs et plus rapprochés pendant lesquels la mort peut survenir par syncope ou asystolie. Il faut donc faire beaucoup de réserves en pronostiquant, car la tachycardie, malgré des intervalles prolongés de santé parfaite qui peuvent donner le change au médecin, est une maladie extrêmement rebelle à une cure *définitive* ; on n'est arrivé jusqu'à présent en général qu'à éloigner les crises pendant un certain nombre d'années, aussi je ne me fais pas illusion à propos du cas cité en tête de cet article. Les cures permanentes dûment rapportées sont, encore une fois, très peu nombreuses.

## ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les rares autopsies qui ont été publiées nous renseignent fort pauvrement au sujet de la cause. La lésion, si tant est qu'elle existe d'une manière appréciable, occupe la région bulbo-spinale. "Névrose bulbo-spinale" semble hasardé. Les paroxysmes doivent, suivant toute probabilité, être attribués à un épuisement momentané des centres et des rameaux cardiaques du pneumogastrique (modérateur du cœur) ; ce serait une paralysie bulbaire nucléaire, et cette théorie rendrait parfaitement compte de la dyspnée et des troubles gastriques (par les rameaux du même nerf) qui accompagnent souvent la tachycardie. D'ailleurs les tachycardies symptomatiques qui se rencontrent si fréquemment dans les diverses névroses (goûtre exophtalmique, épilepsie, chorée, neurasthénie) et dans certaines intoxications (nicotine, atropine, digitaline), où les centres nucléaires sont affectés par ces derniers alcaloïdes comme ils le sont par les toxines qu'élaborent les micro-organismes des maladies infectieuses, ces tachycardies symptomatiques, dis-je, témoignent d'une lésion en tout similaire quoique de cause différente. L'abaissement de la pression artérielle, les troubles urinaires, parfois la fièvre, le myosis, l'hypersécrétion sudorale et la syncope, qui accompagnent la

tachycardie, viennent encore confirmer la théorie d'une lésion bulbaire ou bulbo-spinale. On a signalé la névrite du pneumogastrique, et c'est sans doute par un processus irritatif exercé par le corps thyroïde hypertrophié sur ce nerf que finissent par se déterminer ces paralysies nucléaires en question et partant la tachycardie symptomatique de la maladie de Basedow.

Les causes les plus connues qui peuvent engendrer la tachycardie sont le surmenage physique et moral.

#### TRAITEMENT.

Pendant l'attaque faire placer le malade dans la position horizontale, dans un repos absolu, et lui éviter toute cause irritante, bruit, lumière, etc. Le paroxysme a pu souvent être enrayé par l'application à la région précordiale d'un sac rempli de glace, en faisant boire en même temps au malade de l'eau glacée ou en lui donnant à avaler lentement des fragments de glace. Le café noir, fort, jouit aussi d'une efficacité incontestable (*mais au moment des crises seulement*), témoin ce vieux disciple d'Esculape, âgé de 87 ans, dont parle H. C. Wood, et qui souffrait de tachycardie intermittente depuis *cinquante ans* (depuis l'âge de 37 ans); le début de la crise était brusque et le nombre des battements atteignait 200 par minute. Pendant plus de vingt ans ce médecin a réussi à enrayer ses propres attaques au moyen de café fort et d'eau à la glace. Cette observation de Wood est bien propre à rendre quelque peu optimiste au sujet de cette maladie. On a encore conseillé (toujours pendant l'attaque) une forte pression exercée à la région cervicale à la hauteur du cartilage thyroïde, elle agirait en excitant mécaniquement le tronc du pneumogastrique et, par suite, en ralentissant les battements cardiaques. Les inhalations (nitrite d'amyle, chloroforme) sont à déconseiller ici, de même que la digitale qui échoue complètement. Souvent une injection hypodermique de morphine ( $\frac{1}{12}$  à  $\frac{1}{6}$  de grain) et d'atropine ( $\frac{1}{150}$  de grain) fera merveille. Comme traitement général à suivre en dehors des paroxysmes l'asafœtida, les valériannes et les bromures ont donné de bons résultats. J'ai

prescrit pour ma part avec avantage à la malade ci-haut mentionnée de prendre quatre fois par jour une pilule contenant :

Valérianate de fer	}	ââ 1 grain.
“ de quinine		
“ de zinc		

puis l'arsénio-ferrugineux suivant :

R.—Teinture de perchlorure de fer.....	2 drachmes
Acide phosphorique dilué.....	3 drachmes
Solution de Fowler.....	48 gouttes
Sirop simple.....	2 onces
Eau distillée.....	Q. S. ad 6 onces

M.—Une cuillère à thé bien diluée dans un verre à sherry d'eau froide après chaque repas.

Il est extrêmement important de surveiller la diète; celle-ci devra être légère et le malade évitera avec grand soin les repas copieux. L'usage du tabac et des stimulants sera interdit. Comme la constipation et la flatulence ont suffi dans certains cas à occasionner une attaque, il faudra prévenir en conséquence, défendre les farineux, etc. Les bains chauds et de vapeur seront également prohibés. Un exercice *modéré* peut être permis. L'état mental doit être libre de toute anxiété autant que possible et on traitera suivant qu'il sera nécessaire la condition générale de neurasthénie ou d'anémie. Contre *l'affection elle-même* le seul médicament à conseiller est le sirop de codéine (qui renferme 1 grain d'extrait d'opium à l'once), à dose de une drachme, diluée deux ou trois fois par jours, discontinué pendant quelque temps puis repris.

58 rue Ste-Ursule, Québec, 13 juin 1895.

## Microbes et maladies contagieuses

Par E. P. Benoit, M. D.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT (*Suite et fin*).

En donnant aux maladies contagieuses une étiologie nouvelle, ou plutôt en expliquant une origine qu'on ne pouvait comprendre, la bactériologie a créé un chapitre nouveau et l'a intitulé prophylaxie. Prévenir la maladie ne vaut-il pas mieux que la guérir ? Et dites moi si celui qui empêche un malheur d'arriver à son semblable n'a pas plus de mérite que celui qui laisse son semblable tomber dans le malheur pour l'aider ensuite à en sortir. Ah ! je sais qu'au point de vue de la mise en scène, tout le brillant est pour ce dernier. Un être qui souffre, qui languit, qui se meurt, et un homme bon, compatissant, qui console, qui soulage, qui guérit, c'est un bel épisode dans le drame de l'humanité. Mais pour moi, le savant qui se tient à la frontière d'un pays et dit à l'épidémie qui s'avance : "Tu n'entreras pas !" celui-là, au point de vue humanitaire, devrait être placé sur un trône. Je sais bien qu'il empêche une des plus belles scènes du drame ; mais les spectateurs ne s'en plaindront pas, quoique ce soit eux qui comprennent le moins comment cela s'est fait. Ce qui est possible pour un pays l'est bien plus pour une ville ou une famille, et ce serait un crime que de ne pas le faire. L'on a toujours sous les yeux la méthode qu'a suivie Pasteur pour les vers à soie. "Donnez leur des aliments sains, a-t-il dit, et mettez les malades à part." C'est-à-dire empêchez les germes d'arriver jusqu'à eux, et empêchez ceux qui ont des germes de les passer aux voisins. Voilà pourquoi les gouvernements de tous les pays ont installé des quarantaines, les villes des hôpitaux civiques, et que l'on pratique l'isolement et la désinfection dans les familles. L'efficacité de ces moyens est admise par tout le monde, excepté par les familles ignorantes qui n'appartiennent pas à l'humanité, et pour lesquelles le bien public et même le bien individuel est chose indifférente. Quant à nous, médecins, en face des résultats obtenus, il nous est impossible de nier la réalité de l'étiologie microbienne, lorsque nous voyons l'hygiène prophylactique bien appli-

quée donner de si beaux résultats. Les progrès de la science ont créé un tas de choses nouvelles qui sont devenues des objets. de tous les jours, ont donné lieu à des emplois nouveaux, et jettent beaucoup de pittoresque dans la vie actuelle. Les voyageurs étaient habitués à l'opérateur de télégraphe ou à l'employé de chemin de fer ; ils connaissent maintenant l'uniforme de l'officier sanitaire et la signification du drapeau jaune. C'est le drapeau du microbe. A sa vue, le voyageur moderne, quelque sceptique qu'il soit, s'arrête et fait un détour, car c'est le signal d'un danger qui n'a rien d'imaginaire.

La bactériologie a de plus prouvé quelle grande part revient à l'organisme dans la lutte contre la maladie. Elle a mis en évidence la valeur de l'hygiène et du développement des forces comme préservatif. Nous sommes constamment exposés au contact d'un germe ; mais il ne pénètre en nous que s'il trouve un point faible, à moins qu'il ne soit très virulent. Donc, développons notre constitution, rendons-la aussi parfaite que possible, ménageons-la en lui évitant toute cause de surmenage, et nous resterons indemnes.

Les anciens avaient compris cela bien avant nous. Depuis quelques années, une grande réaction s'opère contre le surmenage dans les écoles. On s'efforce de limiter le travail à un certain nombre d'heures, et d'augmenter les exercices physiques et le repos. Les hygiénistes voient à ce que l'enfant vive dans le meilleur milieu possible ; que les salles soient bien éclairées, bien ventilées ; que chaque élève ait sa quantité d'air suffisante à respirer. L'on insiste sur l'importance du développement des poumons et des muscles. Les villes dépensent des sommes très grandes à l'assainissement de leurs quartiers. L'on a même vu des pays faire combler des marais et irriguer des plaines malsaines. Partout maintenant se montre cette préoccupation de la santé publique qui est la meilleure protection contre les épidémies. Et c'est encore là une note caractéristique de cette fin de siècle, et un grand progrès dû à la bactériologie, que ce développement et cette généralisation de l'hygiène sanitaire.

Le traitement des maladies contagieuses est lui-même bien changé, car le but se trouve déplacé. Il ne s'agit pas d'étouffer

la maladie ; il s'agit d'aider l'organisme à l'éliminer. La distinction a son importance. Le microbe agit par sa présence et surtout par ses sécrétions en produisant un véritable empoisonnement de l'organisme. Celui-ci met à contribution son sang et ses globules blancs pour se débarrasser des germes ; ses reins, ses poumons, son foie et sa peau pour éliminer les toxines. Il est donc de la plus grande importance dans une maladie contagieuse de veiller au bon fonctionnement de ces émonctoires, surtout du rein. Voilà pourquoi l'on conseille si fortement le régime lacté, les bains fréquents, la ventilation de la chambre. Et l'on porte une attention toute spéciale à l'alimentation, afin de rendre constamment à l'organisme ce qu'il perd par la maladie, et de rétablir l'équilibre vital. Les anglais et surtout les américains ont compris l'extrême importance de la chose. Tous sont d'accord pour vous dire : "*You cannot obtain a good result in an infectious disease without a careful nursing.*" Et vous savez le rôle important que joue le *nursing* dans les hôpitaux modernes, et même de plus en plus dans la vie privée. Il y a des médecins qui refusent de traiter un cas de fièvres typhoïde à moins qu'il n'y ait une *nurse* auprès du malade. Il est évident que la chose est impossible à bien des familles ; mais il n'est pas rare d'y rencontrer des mères ou des sœurs qui n'ont besoin que de quelques conseils du médecin pour s'improviser garde-malades accomplies. Montrez-leur une fois à prendre la température, à éponger la peau avec de l'eau froide ou de l'alcool, à pratiquer l'irrigation de la gorge, et elles feront ensuite la chose très habilement, et avec d'autant plus d'attention que le malade leur est plus cher. De même pour la préparation des mets. Certaines mesures de prophylaxie sont aussi très faciles à faire accepter des parents, quand on sait s'y prendre. Un enfant a la scarlatine, par exemple : inutile d'expliquer à la mère que les germes se propagent par les pellicules. Faites-lui graisser la peau du petit malade à la période de desquamation, et comme celui-ci se trouvera mieux et n'aura pas de démangeaison, on vous trouvera très intelligent. Vous pouvez ensuite exiger que les draps du lit, dès qu'on les ôte, soient jetés dans l'eau bouillante, sous

prétextes qu'ils conservent la fièvre, et l'on ne vous demandera pas d'autres explications. Mais il ne faut rien exagérer non plus. Il est inutile, par exemple, d'empêcher un malade de la fièvre typhoïde de recevoir dans sa chambre des parents ou des amis, lorsqu'il est assez bien portant pour le faire, puisque les germes se propagent par les déjections des intestins. Ce qui est absolument nécessaire, c'est qu'un vase spécial soit consacré à les recevoir, et que les plus grandes précautions antiseptiques soient prises à l'égard du contenant et du contenu. De cette manière, le cas restera isolé, et vous n'aurez pas ennuyé la famille par un rigorisme absolu et des précautions extraordinaires, comme par exemple un paravent imbibé d'une solution antiseptique autour du lit. Avec les microbes comme avec toute autre chose, il faut une juste mesure. Le vrai savant fait ce qu'il faut faire et rien de plus.

Là où la bactériologie a aussi rendu d'importants services, c'est en apprenant au médecin à prévoir les complications. On regardait autrefois ces complications comme un accident survenant durant la maladie; on sait maintenant remonter de l'effet à la cause, et l'on dit: "Dans telle maladie surveillons tel organe; c'est le plus menacé." L'on connaît mieux les tendances morbides des maladies, et l'on se préoccupe davantage, pour citer quelques exemples, de la gorge dans la scarlatine, du péritoine dans la fièvre typhoïde ou du système nerveux dans l'influenza. De plus, certaines maladies considérées isolément jusqu'ici ont acquis une grande importance depuis que l'on en connaît mieux la cause; par exemple la pleurésie chez un tuberculeux. Connaissant la grande loi du germe et du terrain, il est devenu plus facile de prévoir les conséquences, et même de *prévoir* assez tôt pour *prévenir*. Ainsi, un enfant relevant de scarlatine ne doit pas sortir avant trois semaines, parce que le rein, fort malmené durant la maladie, peut s'inflammer à la moindre impression de froid. De même certains symptômes benins en apparence, mais cependant tenaces, du côté d'une jointure, doivent faire songer à la tuberculose. Beaucoup de ces détails, que l'on négligeait autrefois, suffisent à mettre le médecin vigilant sur ses gardes, et lui dénoncent un ennemi qui se prépare peut-être à se manifester

d'une manière plus évidente, et qu'il est encore temps de contre-carrer par certains moyens, tels que les fortifiants et l'exercice. On pourrait appeler cela de l'hygiène pathologique.

Mais il est important de le dire, la bactériologie, en expliquant les symptômes et les complications, n'avait fait que rendre le médecin plus compétent en lui donnant plus de savoir, et avait surtout développé avec bonheur les moyens prophylactiques. Mais elle n'avait fourni aucune arme nouvelle et n'employait que les médicaments déjà connus ou ceux découverts récemment, dans la classe des antiseptiques surtout. Sans doute elle les appliquait avec une meilleure connaissance de cause, mais elle s'en tenait toujours à la prévention et au traitement des symptômes. Ainsi, sans pouvoir expliquer au juste le mode de production de la fièvre dans la plupart des maladies contagieuses, elle était persuadée que cette fièvre survenait par l'action des toxines sur le système nerveux, ce qui paralysait le meilleur moyen de défense de l'organisme, et elle établissait comme règle qu'une température élevée doit être abaissée au plus vite coûte que coûte. Mais les moyens restaient les mêmes. Il était réservé au Dr Behring, un médecin allemand, et au Dr Kitasato, un médecin japonais étudiant en Allemagne, de découvrir la sérothérapie, c'est-à-dire le traitement physiologique par l'immunisation, celui qui découle comme conclusion naturelle de la science bactériologique. Vous connaissez les résultats merveilleux que l'on a obtenus avec la diphtérie. Mais pourquoi ne réussirait-on pas avec d'autres maladies infectieuses ? Il est certain que le jour où l'on pourra immuniser les animaux contre la tuberculose et la fièvre typhoïde en atténuant les bacilles de Koch et ceux d'Eberth, ce jour-là, il n'y aura qu'à appliquer la sérothérapie pour protéger l'humanité contre ces deux fléaux. Qui sait s'il n'en sera pas de même pour les fièvres éruptives quand on en connaîtra les germes ? Naturellement cela prendra du temps. Mais les débuts sont trop beaux pour faire douter du résultat final. La bactériologie est maintenant une science complète ; il ne lui reste qu'à se perfectionner en trouvant à chaque germe son contrepoison.

Montréal, 8 février 1895.

## REVUE DES JOURNAUX

### MÉDECINE

L'ARTÉRIO-SCLÉROSE, *clinique du docteur Frank Billings, de Chicago.*—L'artério-sclérose, qu'on appelle aussi endartérite chronique, artérite déformante, sclérose capillaire et athérôme, est une inflammation chronique et dégénérative du système vasculaire, et s'accompagne d'altérations dégénératives secondaires dans d'autres organes. Gull et Sutton furent les premiers à la décrire comme une maladie homogène.

La maladie peut intéresser les artères seulement; mais elle peut tout aussi bien atteindre les veines et les capillaires. Elle peut offrir des manifestations locales ou générales, être confinée à l'aorte ou s'étendre à tout le système. Le système vasculaire du poumon est rarement intéressé; lorsqu'il le devient, c'est comme résultat d'une maladie pulmonaire ou cardiaque.

*Etiologie.* — L'artério-sclérose est essentiellement une maladie du vieil âge; il est très rare de la rencontrer avant quarante ans. J'ai entendu Nothnagel dire qu'un artério-sclérose qui survient avant quarante ans est due soit à la syphilis, soit à une néphrite. Il est vrai, comme a dit Sydenham, qu'un homme à l'âge de ses artères; un homme à quarante-cinq ans peut présenter des artères aussi dégénérées que s'il avait soixante-dix ou quatre-vingts. Ceci est dû, dans beaucoup de cas, à un manque de résistance vitale héréditaire, à l'évolution physiologique de l'âge progressif, ou encore à l'empoisonnement du sang par l'alcoolisme, la goutte, le rhumatisme, la syphilis, le saturnisme chronique, la néphrite chronique, etc...

La maladie ne survient pas dans tous les cas de toxémie que nous venons d'énumérer, et il est rationnel de penser que, chez certains individus, une espèce de faiblesse des tissus permet au poison de produire ses altérations caractéristiques.

Une vie erronée d'abandon aux plaisirs et l'hypertoxémie causée par les alcools et la suralimentation peuvent, il est vrai, produire des altérations de dégénérescence hâtive dans des vaisseaux dont le tissu est sain. L'abus de la nourriture par glotonnerie ou gourmandise, en mangeant beaucoup plus que n'exigent

les besoins individuels d'une personne sédentaire, en mangeant à la hâte des aliments indigestes, ou en surchargeant son régime d'aliments azotés ou farineux, cet abus de la nourriture, dis-je, est bien propre à amener, mais d'une manière relative, une digestion et une assimilation imparfaites qui s'accompagneront nécessairement de l'accumulation des produits de désassimilation dans l'économie. C'est une des causes qui contribuent le plus, surtout dans nos villes américaines, à fabriquer de vieux vaisseaux chez des jeunes hommes. De quelle manière précise les agents toxiques produisent-ils l'altération, voilà ce qu'on ignore. Ils peuvent agir dans le sang comme irritant local et déterminer de l'inflammation, ou bien, comme l'on admet généralement, causer par irritation des centres la contraction des vaso-moteurs, ce qui augmente la pression sanguine, amène l'hypertension, et par la suite la sclérose. Il n'y a pas de doute que l'alcool et les produits toxiques de désassimilation altèrent les vaisseaux par l'un ou l'autre de ces procédés. La syphilis incline surtout à affecter les vaisseaux cérébraux, et il est très probable que l'affection locale est causée et par l'inflammation et par l'altération due au poison spécifique. Les troubles de la nutrition causés par l'effet toxique du poison sur le sang peuvent aussi jouer un rôle important dans la production de la dégénérescence. Des causes purement mécaniques, telle que l'augmentation de la pression sanguine causée par le surmenage musculaire ou une lésion valvulaire, paraissent aussi déterminer la sclérose hâtive. La prédisposition est plus forte chez l'homme, parce qu'il est plus exposé que la femme aux causes de la maladie.

*Anatomie pathologique.* — Les altérations morbides peuvent être locales ou diffuses, ou les deux à la fois. La forme localisée ou nodulaire est habituellement limitée à l'aorte, et aux gros vaisseaux. Les lésions consistent en élévations, jaunâtres ou grisâtres, disséminées sur la tunique interne qui tapisse les vaisseaux ; les bords sont abruptes, et les dimensions varient depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une large plaque faisant tout le tour du vaisseau. La tunique interne devient rugueuse, et lorsque cet état existe près de l'orifice de l'artère coronaire ou d'autres vaisseaux, il peut nuire à la circulation du sang dans ces artères. Il peut y avoir nécrose de la tunique interne et rupture de la partie ramollie, ce qui laisse un ulcère athéromateux, déchiqueté, qui se couvre ensuite de fibrine. La calcification de ces plaques peut survenir, comme résultat final, à la base de l'ulcère, ou bien le dépôt calcaire de la plaque se forme primitivement. Thoma a montré que les nodules sont le résultat d'un processus conservateur, ou de compensation ;

c'est le remplissage d'une dépression causée sur un point faible de la tunique interne par l'inflammation préliminaire ou l'altération consécutive. Entre les plaques athéromateuses, les tuniques moyenne et externe peuvent être épaissies; elles peuvent être dans les cas purement séniles minces et faibles. Dans ces derniers cas aussi, il y a habituellement atrophie des reins, du foie et même du cœur. Dans quelques cas le cœur est hypertrophié.

Dans l'artério-sclérose diffuse, le processus est habituellement généralisé et peut se combiner à la forme nodulaire. Les porteurs de cette maladie sont généralement d'âge moyen, mais cette dernière peut aussi survenir plus tôt. Councilman en rapporte un cas chez un nègre de vingt-trois ans. J'en ai vu un cas d'origine syphilitique chez un homme de vingt-sept ans. Osler prétend que la forme diffuse est en prédominance chez les nègres. L'aorte et ses branches sont généralement dilatées, et les parois épaissies. La tunique interne peut être lisse; mais habituellement, surtout dans les gros vaisseaux, elle présente ici et là des nodules athéromateux. La tunique moyenne nous fait voir des altérations hyalines ou nécrotiques intéressant à la fois les fibres musculaires et les fibres jaunes élastiques. On constate sur la tunique interne une prolifération cellulaire du tissu connectif sous-endothélial surtout marquée vis-à-vis les points altérés et affaiblis de la tunique moyenne. L'endothélium fait voir une dégénérescence graisseuse. Les parois des vaisseaux sont par places épaissies par l'altération dégénéréscente, et amincies en d'autres places; le calibre des vaisseaux, par endroits, est diminué, et dans d'autres, élargi au point de constituer souvent un anévrysme. Lorsque cette forme existe, le cœur est habituellement hypertrophié; et il y a de la myocardite fibreuse lorsque les artères coronaires sont intéressées. Les reins peuvent être contractés. Le système pulmonaire offre un certain degré de sclérose dans tous les cas où la tension artérielle est augmentée depuis longtemps, tels que dans l'emphysème chronique, la tuberculose chronique et les maladies valvulaires du cœur.

*Symptômes.*—Les symptômes peuvent être obscurs et latents; on ne constate la maladie qu'après un examen des plus minutieux, ou on ne la découvre qu'à l'autopsie. Il est impossible d'en établir une marche clinique déterminée. Les symptômes subjectifs et les signes physiques décelant la maladie varient suivant l'organe ou les organes atteints, et suivant le degré de sclérose. Dans la forme localisée il peut se faire que l'inspection du malade et la palpation des artères ne révèlent aucune manifestation extérieure de la maladie. Cependant, l'implication des artères coronaires,

des vaisseaux cérébraux ou rénaux, produit des symptômes particuliers qui permettent souvent de faire un diagnostic rationnel. Le cœur gauche est généralement hypertrophié dans la forme diffuse ; la chose est rendu évidente par la contraction plus vibrante de l'organe, la déviation vers la gauche des pulsations de la pointe et l'augmentation d'étendue de la matité cardiaque. Il existe quelquefois à la pointe un murmure systolique, ou une prolongation du premier bruit avec bruit aortique accentué. L'emphyse pulmonaire peut voiler par sa présence les signes de l'hypertrophie. Dans quelques cas, surtout dans la forme purement sénile, le cœur est atrophié et les bruits sont faibles. Le cœur peut battre rapidement ou lentement ; il est quelquefois irrégulier. Les artères palpables sont dures et tendues, quelquefois grosses, mais aussi souvent petites. Parfois le pouls radial est séparé de la systole du cœur par un intervalle appréciable. Fréquemment les artères palpables sont tortueuses. La condition de ces artères, cependant, n'est pas une indication sûre de l'état de celles des organes internes. Une sclérose marquée des vaisseaux superficiels peut s'établir, et cependant les artères des organes importants du corps n'être intéressées que légèrement, si elles le sont. De même les vaisseaux des organes importants peuvent être affectés et les artères superficielles ne rien laisser voir de la maladie. Le tracé sphygmographique a une grande valeur dans l'appréciation de la tension artérielle, du degré d'élasticité des parois, etc. Cependant, le sphygmogramme n'est pas uniforme ; il est nécessairement modifié par l'état du cœur et des vaisseaux.

Les symptômes pouvant se rapporter au système cardio-vasculaire sont aussi variables. Il existe fréquemment une sensation de pesanteur rétro-sternale ou épigastrique, avec quelque peu de dyspnée ; cette sensation se fait sentir après un effort physique inusité ou même un exercice habituel, surtout après les repas. Cette détresse devient plus manifeste à mesure que la maladie augmente, et s'aggrave à la moindre cause. Une émotion quelconque, la nourriture, la marche suffisent à la produire. Une douleur d'un caractère pesant tout particulier peut s'y ajouter, ainsi que l'impossibilité de se coucher sans ressentir du malaise. Il n'est pas rare de rencontrer la véritable angine de poitrine, accompagnée de l'agitation caractéristique, la pâleur, les extrémités froides, la sensation de constriction à la poitrine, etc. Le spasme cardio-vasculaire avec angine peut survenir et s'accompagner de cyanose, de dyspnée, etc. J'ai vu des attaques d'angine associées à de l'œdème pulmonaire aigu. Après le cœur, c'est le cerveau qui présente les symptômes les plus caractéristiques. Il

peut y avoir hémorrhagie cérébrale avec parésie ou paralysie de certaines parties du corps. Il existe très souvent de l'engourdissement de quelque région ou extrémité. On peut rencontrer un trouble de l'un ou de plusieurs des sens, tels que le tinnitus aurium, le strabisme, les points flottants dans le champ visuel, la cécité passagère, la langue épaisse avec difficulté de l'articulation, l'aphasie, le vertigo, etc.; ces troubles sont causés par une légère hémorrhagie cérébrale, ou par dégénérescence ou ramollissement d'une région du cerveau à la suite de l'oblitération d'une artère terminale par thrombose. La mémoire et les facultés intellectuelles en général peuvent être altérées. Un degré de sclérose moins prononcé, mais suffisant pour modifier la circulation cérébrale, peut déterminer de l'épilepsie. Ce dont les malades se plaignent le plus communément après un effort intellectuel, c'est de ressentir une sensation de pesanteur ou de constriction à la base du crâne, une sensation de fatigue au palais de la bouche, et un épuisement général. Les reins sont fréquemment intéressés et offrent plus d'un signe de néphrite intersticielle. Il est difficile de différencier cliniquement le rein contracté simple de celui que l'on trouve dans l'artério-sclérose, et de dire si c'est la maladie artérielle ou celle du rein qui a commencé la première. La quantité quotidienne de l'urine, dans l'artério-sclérose, est en règle générale au-dessous de la moyenne; la gravité spécifique est plus forte que d'habitude; l'urine est foncée et contient fréquemment beaucoup d'acide urique, ou des urates. C'est le contraire de ce que l'on trouve habituellement dans la néphrite intersticielle. Il n'est pas rare de voir survenir, dans la forme sénile, de la gangrène des extrémités causée par thrombose ou endartérite.

Dans cette dernière forme, l'arc sénile existe souvent; mais il est d'habitude absent chez les patients les plus jeunes. On peut aussi le rencontrer sans qu'il y ait artério-sclérose.

*Traitement*--Le traitement doit varier suivant la région du corps qui est intéressée. On peut faire beaucoup, surtout dans la forme goutteuse de la maladie, pour la retarder ou la modifier avant qu'un dommage irréparable ne soit accompli. Il faut choisir une diète favorable au cas présent. Elle doit se composer surtout dans certains cas, de matériaux azotés, tandis que d'autres exigent les céréales et les farineux. Lorsque les reins sont intéressés, il est nécessaire de choisir une diète qui prévienne, autant que possible, la formation de l'urée. Mais il est important, dans tous les cas, de détruire la mauvaise nutrition qui existe par une nourriture appropriée et abondante. Le lait donné libéralement est la nourriture par excellence pour tous les patients. S'il est nécessaire

d'aider à sa digestion, il faut l'écrémer, le couper avec de l'eau ou le peptoniser. Il faut maintenir l'excrétion du rein en donnant une grande quantité de liquide. On fait boire à part le lait, lorsque l'estomac est vide, de l'eau pure. Cela rend les reins, la peau et les intestins plus actifs. On doit en outre stimuler davantage la peau par des bains, et prescrire, s'il est nécessaire, de simples laxatifs adaptés à chaque cas. On doit aussi exiger un exercice physique suffisant.

Le traitement médical, en quelque sorte prophylactique, doit avoir pour but l'amélioration de la nutrition générale. Excepté chez les syphilitiques, l'usage des iodures, qu'on emploie pourtant si communément, ne m'inspire aucune confiance. Dans la forme goutteuse ou chaque fois qu'il existe une mauvaise nutrition, l'emploi du fer, sous une forme convenable à chaque cas, m'a donné les résultats les plus heureux. J'ai été surpris de l'amélioration des symptômes qui se produit, ainsi que de la modification ou de la disparition en partie de la lésion artérielle. Ceci ne saurait s'appliquer, bien entendu, à la véritable forme sénile. De toutes les préparations de fer, la mixture de Basham (1) à la dose d'une demi à une once donne les meilleurs résultats. La teinture seule ou combinée à l'acide phosphorique dilué est aussi aisément supportée dans certains cas et donne d'excellents résultats. Le fer combiné à l'arsenic est aussi un bon réparateur du sang.

Il est essentiel dans tous les cas d'améliorer la nutrition, et si la diète, la thérapeutique et le traitement général hygiénique sont dirigés vers ce but, cela contribuera beaucoup à retarder la marche de la maladie. Le traitement médical et les soins généraux à donner lorsque surviennent les manifestations de la dernière période de la maladie, telles que l'angine, l'hémorrhagie cérébrale, etc., doivent varier suivant la gravité du symptôme et l'état général du patient. On ne peut raisonnablement pas faire espérer rien de plus à un patient rendu à cette période de la maladie que la palliation des symptômes.—*Intern. Med. Magazine.*

**SUR LES SIGNES FOURNIS PAR L'AUSCULTATION DANS LA PNEUMONIE FRANCHE,** par M. le professeur BERNHEIM, de Nancy.—Le *Bulletin Médical* du 1er mai publie sous ce titre une intéressante clinique du professeur Bernheim

(1) La mixture de Basham se prescrit en pharmacie : *Mistura ferri et ammonii acetatis*; elle se compose des médicaments suivants : teinture de perchlorure de fer, acide acétique dilué, solution d'acetate d'ammoniaque, élixir d'oranges, sirop et eau.—BARTHOLOW.

dont nous croyons utile de faire le résumé. Les auteurs classiques divisent la pneumonie en trois périodes : engouement, hépatisation, résolution. Chaque période donne à l'auscultation des bruits particuliers. A la première période, les alvéoles agglutinées par l'exsudat fibrino-cellulaire encore visqueux font entendre, en se dépliant pour laisser entrer l'air à chaque inspiration, un crépitement qui donne à l'oreille l'impression accoustique du sel qui crépite sur le feu ou d'une mèche de cheveux froissée entre les doigts : c'est le *râle crépitant*. A la période d'hépatisation, le contenu des alvéoles et des bronchioles est solidifié ; l'air n'y pénètre plus ; la respiration ne se fait que dans les bronches : *souffle tubaire*. Lorsque l'inflammation diminue, que la maladie passe à la période de résolution, l'exsudat alvéolaire se liquifie, l'air pénètre de nouveau dans les alvéoles, et l'on entend le *râle crépitant de retour*. Seulement, il diffère de celui de la première période : l'air qui pénètre dans le poumon fait éclater des bulles dans l'exsudat liquifié et en voie d'expectoration, et les bruits sont plus sonores grâce à l'induration encore persistante de l'organe. Ce sont des râles gros, humides, bullaires ; ils existent aux deux temps de la respiration. C'est pourquoi on appelle aussi le râle de la troisième période, *râle sous-crépitant*, afin de le distinguer de celui de la première. Voilà pour les classiques.

Maintenant monsieur le professeur Bernheim prétend : 1<sup>o</sup> que le râle crépitant peut manquer, et que l'on peut percevoir pendant toute la durée de la maladie du râle sous-crépitant ; 2<sup>o</sup> que dans certains cas, au contraire, le râle crépitant existe à toutes les périodes de la maladie ; 3<sup>o</sup> qu'enfin il y a des pneumoniques chez lesquels l'ordre des bruits est interverti : les périodes d'engouement et d'hépatisation font du râle sous-crépitant, et à la période de résolution seulement apparaît le vrai râle crépitant. Et voici les explications qu'il donne.

*On peut percevoir durant toute la durée de la maladie du râle sous-crépitant.* "Vous en concevez aisément la raison," dit le savant professeur. "Chaque fois que les bronches contiennent un liquide, l'air y développant des bulles, produit des râles bullaires, que nous appelons en France communément râles muqueux ; et chaque fois que ces râles se passent dans un tissu induré ou condensé, ils ont un éclat sonore : le râle sous-crépitant n'est que du râle bullaire sonore. Or, la pneumonie s'accompagne souvent de bronchite ou de congestion broncho-pulmonaire inflammatoire ou collatérale, avec exsudation dans l'arbre bronchique. Si ces râles sous-crépitants sont très abondants, ils

masquent la crépitation fine alvéolaire. Ils peuvent être localisés dans les petites bronches, et alors simuler par leur finesse, leur égalité, leur régularité, leur abondance, le râle crépitant dont ils diffèrent par leur caractère bullaire et leur existence aux deux temps de la respiration." Par le même processus, la pneumonie peut créer des râles pseudo-caverneux. "La sécrétion bronchique, plus considérable, envahit les bronches moyennes et grosses: ce sont alors de grandes bulles, inégales, irrégulières, éclatant à l'oreille, grâce à l'induration du tissu pulmonaire, comme les râles de la phthisie qu'on décrit sous le nom de craquements humides ou de gargouillements. Mettez votre oreille sur cette pneumonie du sommet, vous avez l'impression d'un ramollissement tuberculeux ou d'une vaste excavation."

*Le râle crépitant, au contraire, existe à toutes les périodes de la maladie.* "Ceci arrive quand les bronches, ne contenant pas de sécrétion, ne font pas de râles sous-crépitants qui le masquent; alors la crépitation du décollement alvéolaire est perceptible pendant les périodes d'engouement et de résolution. Sans doute, dans la seconde période, les portions hépatisées ne crépitent plus; mais autour d'elles existe une zone d'engouement qui crépite; et cette crépitation peut se percevoir au niveau de l'hépatisation elle-même, à travers laquelle elle est transmise à l'oreille par un tissu solide, bon conducteur du son."

*Le vrai râle crépitant apparaît à la période de résolution seulement.* "Ici la congestion active et l'hyperémie collatérale du début créent de la sécrétion liquide dans les bronches qui engendre le râle sous-crépitant. Pendant la résolution, la congestion disparaît, la circulation broncho-pulmonaire redevient normale, l'exsudat liquide des bronches est expectoré ou résorbé; et alors l'exsudat bronchiolo-alvéolaire subsiste seul et engendre par sa liquéfaction le râle crépitant."

Le docteur Berheim termine en disant que la respiration soufflée et même le souffle tubaire n'accusent pas la période d'hépatisation, l'engouement simple peut le produire. Et il ajoute: "Je vous ai montré aussi et démontré que le râle crépitant, caractéristique, sinon pathognomonique, dans la pneumonie, n'indique pas la période de la maladie, pas plus que le râle sous-crépitant; l'un et l'autre peuvent exister à toutes les périodes; le râle de retour est tantôt crépitant, tantôt sous-crépitant; le premier indique l'engouement des alvéoles pulmonaires encore perméables; le second indique une sécrétion bronchique dans un parenchyme induré."—*Le Bulletin Médical.*

## CHIRURGIE

DES RAPPORTS ENTRE LES MALADIES DU RECTUM ET CELLES DE L'UTÉRUS, *par le professeur Kelsey, du New-York Post-Graduate.*—Messieurs, je vous ai fait voir aujourd'hui ces deux cas avec l'intention qu'ils soient pour vous d'un enseignement particulier. Le premier est une fille de vingt-quatre ans, une vierge, qu'un médecin m'envoie pour une maladie du rectum. Elle me dit qu'elle éprouve une grande douleur à la défécation et passe du sang, et que cet état de choses existe depuis ces deux dernières années. Naturellement, je m'attends à trouver à l'examen soit des hémorroïdes, soit une fissure, soit les deux ; mais je ne trouve ni l'une ni les autres. Le doigt ne cause aucune douleur en franchissant le sphincter, ce qu'il ferait nécessairement s'il existait une fissure, et il n'y a pas à la selle de prolapsus de la membrane muqueuse. Mais lorsque le doigt a atteint l'ampoule rectale, il rencontre sur la paroi antérieure de l'intestin une masse globuleuse extrêmement sensible, sur laquelle on ne peut exercer aucune pression sans que la malade crie de douleur.

En questionnant la malade, nous obtenons l'histoire suivante, qu'elle n'avait certainement pas l'intention de nous raconter lors de la consultation. Elle a commencé d'être réglée à quinze ans ; elle voit ses règles toutes les trois semaines ; et depuis deux ans — précisément l'époque où elle fait débiter les troubles supposés du rectum — les règles sont abondantes et s'accompagnent d'une grande douleur. Durant la même période de temps, il s'est développé chez elle une suite de symptômes nerveux qui la rendent incapable de remplir sa tâche de maîtresse d'école. Elle a des moments de demi-inconscience, pendant lesquels elle est sujette à se frapper la tête contre le tableau noir, ce qui la ramène à elle en sursaut. Elle souffre de paralysie partielle des bras et des jambes accompagnée de picotement, de fourmillement. Elle ressent dans le dos une douleur intense continuelle, qui se réveille dans toute son acuité lorsque je presse avec mon doigt sur le corps globuleux du rectum.

Vous n'avez pas besoin d'un grand effort de raisonnement pour comprendre que ce corps est l'utérus en rétro-déviations. Voilà deux fois que je pratique sur la patiente l'examen du rectum.

j'ai chaque fois repoussé l'utérus en haut dans la cavité pelvienne, et déjà la malade trouve que la douleur dans le dos va beaucoup mieux.

Il n'est pas facile, dans un cas comme celui-ci, de juger si l'on touche par le rectum le fond de l'utérus ou le col. L'une ou l'autre partie de l'organe peut causer les mêmes symptômes. Dans le cas actuel, j'étais sûr, après le premier examen, que l'utérus était en rétroflexion, et j'avais cru pour un moment sentir à la fois le corps et le col, ainsi que le sillon qui les sépare. Mais le toucher digital est ici très douloureux ; aussi, au dernier examen, j'introduisis de force, au travers l'hymen, mon doigt dans le vagin, et je pus constater que le fond de l'utérus était plutôt placé dans l'axe même du corps, et que le col s'appuyait en arrière sur le rectum. En d'autres termes, nous avons à la fois *retroversion* et *flexion légère*. Maintenant, le point important que je désire fixer dans votre esprit, c'est simplement l'inutilité absolue d'opérer cette femme pour une maladie du rectum, et la nécessité chez les femmes, dans tous le cas où l'on suppose une semblable maladie, d'examiner l'état de l'utérus et des annexes.

Il est possible dans ce cas qu'en remettant l'utérus en position par le toucher rectal, nous parvenions à enrayer tous les symptômes. Nous avons pratiqué la chose plusieurs fois depuis que la malade est à l'hôpital, et elle souffre beaucoup moins que lorsqu'elle y est entrée. Mais le soulagement n'est que temporaire ; la malade ne désire pas rester à l'hôpital pour un traitement de cette nature ; elle désire, si c'est possible, qu'on l'opère tout de suite, afin de pouvoir retourner à son ouvrage ; elle ne pourra pas, lorsqu'elle nous aura quittés, avoir les soins médicaux voulus, et nous devons par conséquent, comme cela arrive si souvent, adapter notre traitement à la position sociale de la malade. Il n'y a aucune maladie des ovaires et des trompes, l'utérus n'est pas maintenu dans sa position vicieuse par des adhérences : nous allons par conséquent pratiquer l'opération d'Alexander, ou le raccourcissement des ligaments ronds. Je dilaterai en même temps le sphincter, et s'il y a quelque point saignant, nous le traiterons. Il peut se faire qu'un tel point existe, mais l'unique but que nous avons en vous montrant ce cas, c'est de vous convaincre que la maladie du rectum est tout à fait secondaire à l'état de l'utérus, et que pour faire réellement du bien le traitement doit être dirigé vers l'utérus, et non vers le rectum.

Notre second cas est passablement identique ; il diffère cependant du premier.

La patiente est une femme mariée de trente-six ans, mère de trois enfants. Elle aussi se présenta à mon bureau comme souffrant d'hémorroïdes et se plaignant de troubles du rectum. Elle sentait sortir quelque chose lorsqu'elle allait à la selle, et l'hémorragie était si abondante et si fréquente que souvent elle portait une serviette de table d'une période menstruelle à l'autre. Elle se refusait absolument à tout examen. Elle était toute prête à subir n'importe quelle opération, savait tout ce qui en était sur son compte, et désirait en finir immédiatement en allant tout de suite à l'hôpital. C'est une femme très intelligente, et comme son histoire me paraissait claire, je ne crus pas devoir insister pour qu'elle me permit de faire, à mon bureau, l'examen auquel elle se refusait, et je me rendis à ses vœux en lui promettant de l'éthériser, de l'examiner et de l'opérer dans la même séance. Avec les patientes nerveuses et les jeunes filles, c'est quelquefois le meilleur procédé à suivre.

Dès que la patiente eut été placée sur la table d'opération, je vis qu'il y avait beaucoup plus à faire que nous n'avions prévu. Je fis remarquer à mon entourage qu'il existait une lacération du périnée imparfaitement rétablie, ainsi qu'une proctocèle au début qu'il faudrait réparer. Néanmoins, nous fîmes d'abord l'opération décidée et enlevâmes plusieurs hémorroïdes.

Une semaine plus tard, j'obtins de la patiente l'histoire détaillée de ses symptômes, et je trouvai l'histoire habituelle de maladie utérine. Elle souffrait constamment d'une douleur dans le dos qui la tenait au lit pendant des demi-journées; elle voyait ses mois irrégulièrement et abondamment; elle était constipée et sentait un obstacle mécanique à la défécation; elle était de plus nerveuse, épuisée, et attribuait tous ces troubles aux hémorroïdes.

Un examen plus minutieux révéla une endométrite ancienne du corps et du col, une rétroversion de l'utérus comprimant le rectum et nuisant à la défécation, une proctocèle et une lacération du périnée. Il était facile de remettre l'utérus en place à l'aide de la sonde; les trompes et les ovaires n'étaient pas malades. La malade m'avoua qu'elle avait été traitée pendant des années pour un déplacement utérin, et qu'elle avait porté un pessaire jusqu'à ce que dégoûtée, elle eut rejeté tout traitement et résolu de souffrir en silence.

Nous allons maintenant pratiquer sur cette malade une seconde opération qui se composera du curettage de l'utérus, du rétablissement du périnée, d'une colporaphie postérieure et du raccourcissement des ligaments ronds par le procédé d'Alexander; de

cette manière, et de cette manière seulement, nous pouvons espérer guérir la malade. Il vaut mieux faire ces opérations après celle que nous avons déjà faite pour les hémorroïdes, surtout chez une patiente aussi nerveuse que celle-ci, parce que l'opération des hémorroïdes est sujette à laisser de la douleur, surtout lorsque les mouvements de l'intestin se rétablissent, et il serait inutile d'y ajouter le choc nerveux et la douleur d'une nouvelle opération.

Vous voyez maintenant l'idée que j'ai eue en vous présentant ces cas. Ce sont des exemples typiques d'une classe nombreuse. Si vous songez jamais à vous faire une réputation comme spécialiste du rectum, l'une des premières choses qu'il vous faudra apprendre sera le diagnostic des cas de gynécologie. Et alors, à moins que vous ne soyez satisfait de vous en tenir aux hémorroïdes et affections chirurgicales mineures du rectum, vous devrez apprendre à traiter ces cas. En pratique, vous ne pouvez pas opérer d'abord une dame de ses hémorroïdes et l'adresser ensuite à un ami pour qu'il lui opère une proctocèle ou une rétroversion en lui disant que vous n'avez accompli qu'une partie de ce qui est nécessaire pour sa guérison. Vous ne pouvez pas non plus dire à votre patiente : "Si la douleur était causée par une fissure, je vous guérirais certainement ; mais comme elle dépend d'une rétroversion de l'utérus, vous faites mieux de vous adresser ailleurs." Mais ceci n'est que le côté financier de la question. Ce que j'ai voulu vous démontrer, c'est que, si vous voulez traiter les maladies du rectum avec quelque succès, vous ne devez pas limiter vos études aux quatre derniers pouces du tube intestinal.—*Post-Graduate.*

LA PIERRE DANS LA VESSIE ET SON TRAITEMENT, clinique du Dr Christopher Heath donnée au University College Hospital, le 13 mai 1895.—Le président du Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre donne cette clinique sur un malade opéré le 8 ma. de la pierre par la taille sus-pébiennne. Il explique d'abord qu'il a choisi ce procédé opératoire de préférence à la lithotritie parce que la pierre était volumineuse, l'urine légèrement acide et flaconneuse, et l'irritation vésicale passablement prononcée. Il fait voir aux élèves que l'opération a réussi suffisamment pour permettre, cinq jours après, d'enlever le tube et de regarder le malade comme pratiquement guéri. Le savant chirurgien aborde alors le sujet même de la maladie, et donne la leçon suivante que nous résumons.

Après avoir fait la remarque qu'il arrive souvent qu'un patient s'imagine avoir la pierre lorsqu'il ne l'a pas, et qu'un chirurgien ne trouve pas la pierre lorsqu'elle existe, le Dr Heath ajoute: "Maintenant voici les symptômes de la pierre. Vous constatez d'abord que le malade a des envies d'uriner qui se font sentir plutôt durant le jour que durant la nuit, ce qui est tout le contraire de ce que l'on observe chez un patient souffrant d'une prostate hypertrophiée. Un prostatique est toujours plus mal durant la nuit, et s'épuise à interrompre son sommeil pour se lever; au contraire, un calculeux, dès qu'il se repose, se sent bien au lit parce que la douleur l'abandonne, tandis que s'il est obligé d'aller et venir durant le jour, et surtout s'il est forcé de passer par un exercice un peu violent, la douleur redevient naturellement très forte. Un malade comme celui-ci devient très artificieux. Il vous dira qu'il peut voyager en tramway, mais que cela lui est impossible en omnibus; ce qui fait évidemment la différence, c'est que le tram a une locomotion plus douce. Le malade sait aussi, par expérience, qu'il souffre davantage lorsqu'il vide sa vessie, parce que la vessie vide vient alors en contact avec le calcul, ce qui cause une douleur qui se répand jusqu'au bout de la verge. Ce symptôme est surtout marqué chez les enfants; vous verrez un enfant, sous l'impulsion de la douleur, tirer sur son pénis ou allonger fortement la peau du prépuce. Vous rencontrerez de temps à autres des enfants qu'on aura circonscis pour un phimosis alors que réellement ils portaient une pierre dans leur vessie.

Le symptôme le plus important, après celui-ci, c'est le pissement de sang. Le malade passe de temps à autre un peu de sang, surtout après un exercice. Et il sait très bien reconnaître la relation qu'il y a entre l'exercice et l'hémorrhagie; si c'est un chasseur, par exemple, il vous dira que l'hémorrhagie est pire après une poursuite ardente qu'après une journée tranquille.

Donc, si vous avez les symptômes suivants: envie fréquente d'uriner, douleur après la miction, douleur à l'extrémité du pénis et quelquefois hématurie, vous en conclurez que le malade a probablement la pierre, et vous serez justifiable de le sonder. Pourvu que la pierre ait le moindre volume, vous la toucherez facilement."

Le Dr Heath rappelle alors aux élèves ce malade chez qui il n'avait pu d'abord trouver la pierre, que l'on sentit ensuite parfaitement avec le lithotriteur lorsque le patient eut été mis sous l'influence du chloroforme, ce qui permit de la broyer et de

l'extraire séance tenante. La pierre était excessivement petite, voilà pourquoi on n'avait pas constaté sa présence la première fois. Cela arrive souvent. Le meilleur moyen de prévenir la chose, c'est d'adopter comme règle de conduite invariable de toujours pratiquer deux sondages, et d'anesthésier le malade pour la pratique du second.

“ Lorsque le calcul est volumineux, on le trouve dès la première séance, à moins que la prostate ne soit hypertrophiée. Et alors cela dépend généralement de ce que le chirurgien ne pousse pas la sonde jusque dans la vessie. Il emploie l'instrument de la manière ordinaire, le fait tourner lorsqu'il est rendu dans l'urèthre prostatique, et peut alors s'imaginer qu'il n'existe pas de pierre; mais il la trouvera facilement s'il pousse bien la sonde en haut jusque dans la vessie. Assurez-vous d'abord que vous menez bien la sonde en haut jusque dans la vessie, et dès qu'elle y entre, tournez en bas et explorez derrière la prostate.”

“ Maintenant la question suivante se présente: Doit-il ou ne doit-il pas y avoir de l'eau dans la vessie? Et bien, il doit y en avoir; et je tiens pour acquis que la quantité qui s'y trouve au moment de l'exploration est suffisante. Mais si vous ne réussissez pas à trouver la pierre, cela peut provenir de ce qu'il y a plus d'eau qu'il n'en faudrait; aussi est-il préférable d'employer une sonde creuse, ce qui vous permettra de laisser écouler du liquide et d'entendre la pierre lorsqu'elle viendra cliqueter sur l'instrument. Naturellement, il est possible de faire erreur. On a vu des excroissances de la vessie, revêtues d'une couche de phosphates, être prises pour une pierre. On dit aussi que chez les enfants, la sonde peut frapper le bassin et causer une erreur. Dans le cas qui nous occupe, aucune de ces causes n'existaient; le malade est âgé de 45 ans et portait un gros calcul: voilà pourquoi j'ai fait la taille sus-pubienne.”

Le Dr Heath rappelle que cette opération fut pratiquée en 1560 par un chirurgien français, Pierre Franco. Ce chirurgien, n'ayant pu enlever un calcul par le périnée, et s'étant aperçu qu'on pouvait facilement le repousser au-dessus du pubis, tailla en cet endroit et obtint un succès. L'opération fut apportée en Angleterre vers 1700 par Cheselden, qui l'abandonna ensuite pour la taille latérale. On n'en entend guère parler depuis. En 1878, un anatomiste anglais, le Dr Garson, publia dans l'*Edinburgh Medical Journal* un travail où il faisait voir à l'aide de diagrammes tracés d'après des coupes faites sur des cadavres gelés, que le rectum distendu repousse la vessie vers la paroi

abdominale, où elle vient s'accoler. On peut voir sur ces diagrammes que, sur une longueur de un pouce et demi, il n'y a pas de péritoine entre la paroi abdominale et la vessie. Ce travail n'attira pas beaucoup l'attention des chirurgiens. Mais deux ans plus tard, en 1880, un chirurgien danois, Petersen, fit sans la connaître la même découverte que le Dr Garson. Petersen inventa un sac rectal, une espèce de boule de caoutchouc conique ayant la forme d'une saucisse, qu'on introduit dans le rectum et qu'on dilate avec un liquide; la vessie, qu'on a remplie aussi, est alors soulevée, et le péritoine est ainsi repoussé du chemin. Cette invention remit l'opération en honneur; on s'en sert depuis avec succès en Angleterre et ailleurs.

“ Mais vous avez remarqué, continue le Dr Heath, que je n'ai pas employé le sac de Petersen et que je n'ai pas distendu la vessie avec de l'eau, mais que j'ai préféré obtenir la distension avec de l'air. C'est la première fois que j'emploie ce procédé, et je trouve que c'est une très bonne idée. C'est Bristowe, de Brooklyn, qui eut cette idée-là et la suggéra au Dr Kern, de Philadelphie, qui fut le premier à la mettre en pratique. Vous avez vu que j'ai placé un cathéter dans l'urèthre et que j'ai, par précaution, fait d'abord un lavage de la vessie, que j'ai ensuite vidée; je l'ai alors distendue avec de l'air, et j'ai laissé le cathéter en place afin de pouvoir en insuffler davantage, s'il y avait besoin, et afin aussi de pouvoir, si je voulais, me servir de l'instrument pour relever le sommet de l'organe. Ayant senti que la vessie était suffisamment distendue, je fis une incision immédiatement au-dessus et vis-à-vis, jusqu'au pubis, sur une longueur de deux pouces et demi. Je pénétrai alors avec précaution entre les muscles; puis, ayant mis à découvert la graisse et le tissu cellulaire, j'arrivai avec mon doigt sur la vessie; alors, afin de la conserver dans mon champ d'action, je la fixai en passant deux fils, un de chaque côté, à l'aide d'une aiguille courbe; ensuite je grattai un peu la vessie jusqu'à ce que j'eusse atteint les fibres musculaires, prenant soin d'éviter certaines veines, et j'employai pour cela un petit instrument d'ivoire que m'a suggéré Sir Henry Thompson. Je pus alors sans difficulté ouvrir la vessie sur la ligne médiane, et l'air s'échappa immédiatement. La distension par l'air a cet avantage sur celle par l'eau qu'elle ne fait pas de gâchis, l'air s'échappant aisément. Une autre considération, c'est que le jet subit du liquide peut entraîner un calcul de petit volume qu'on ne retrouve plus ensuite. C'est ce qui est arrivé à un de mes amis, chirurgien éminent, qui opérât devant une

classe nombreuse ; il était absolument sûr d'avoir senti le calcul, mais ne put le trouver, et partit fort en colère. On retrouva ensuite le calcul dans les couvertures du malade."

Le Dr Heath insiste sur la nécessité absolue qu'il y a de pratiquer le sondage avant l'opération, *immédiatement* avant l'opération. Suivant lui, aucun chirurgien, si ce n'est qu'il soit, n'est justifiable de chercher une pierre dans la vessie sans pratiquer le sondage au moment même de l'opération, quand bien même il l'aurait fait la veille encore. "C'est une règle de chirurgie, dit le savant clinicien, que vous ne devez jamais oublier : vous êtes liés par l'honneur à sonder votre malade sur la table même (*you are bound to do it*). Il est arrivé à Liston, ici, dans cet amphithéâtre, de sonder la vessie d'un enfant et de ne rien trouver ; il renvoya l'enfant à son lit, le fit revenir la semaine suivante, le sonda de nouveau, sentit la pierre et l'opéra. Je vous donne ceci comme exemple. Je connais un chirurgien qui, satisfait de ce que quelqu'un avait sondé le patient quelques jours auparavant, incisa la vessie et ne trouva rien."

"Pour ce qui regarde le traitement post opératoire, j'ai peu de chose à vous dire. Nous avons placé un tube en caoutchouc à collerette ; nous avons attaché en dessous de la collerette une feuille de soie huilée que nous avons fixée au pubis avec du taffetas gommé. Le malade a reposé dans son lit, parfaitement sec et confortable, l'urine étant absorbée par des coussinets de mousse. Nous avons aujourd'hui enlevé le tube, et dans une semaine ou à peu près la plaie sera cicatrisée. L'opération a enlevé toute douleur au patient ; depuis, il mange et boit à son aise."

Le Dr Heath insiste alors sur quelques détails opératoires. Il est préférable pour l'opérateur de se tenir à la droite du patient. Une fois la vessie ouverte, il est généralement facile, avec une paire de forceps légèrement recourbés, de saisir et d'extraire les calculs. La difficulté est plus grande lorsque le calcul est rugueux, comme une mûre, lorsqu'il est enkysté dans un cul-de-sac d'où il faut l'enlever avec une curette mousse. Quelquefois aussi le calcul est d'un volume énorme. Il faut aussi bien faire attention de ne pas intéresser le péritoine. Enfin, quand on le peut, il faut tâcher que le patient ait une vessie aussi saine que possible.

Après avoir fait une revue rapide des changements qu'a subis en Angleterre le traitement de la pierre par la taille latérale, périnéale, médiane, le Dr Heath cite les succès nombreux que

Sir Henry Thompson obtient maintenant dans sa pratique privée avec la taille sus-pébiennne, et il avoue que lui-même a rarement employé d'autre méthode depuis que Petersen a mise celle-ci en vogue. Chaque fois que le calcul est trop volumineux pour pratiquer la lithotritie, il emploie la taille sus-pubienne. "Vous ne pouvez pas aussi facilement, dit-il, suivre une mauvaise route par cette méthode que par la méthode périnéale." Et il ajoute, après avoir parlé de cas malheureux dont il fut témoin : "En faisant la lithotomie sus-pubienne, vous vous rendez entièrement indépendant du secours d'un assistant, et n'avez besoin que de l'aide ordinaire ; tandis que lorsque vous incisez la vessie par le périnée, il vous faut un aide habile pour commander aux assistants ; si l'assistant manque de l'habileté nécessaire, cela peut rejaillir sur l'opérateur, et non seulement il peut en résulter du mal, mais il peut arriver malheur au patient. D'un autre côté, l'opérateur peut attribuer injustement sa maladresse à son assistant, ainsi que cela m'est arrivé une fois."

Et le savant chirurgien termine ainsi sa clinique : "Je ne veux pas vous emmener avec les détails d'une lithotomie périnéale, parce que c'est une opération *que vous ne verrez probablement jamais faire*. La taille sus-pébiennne semble si bien établie parmi les chirurgiens que l'on peut raisonnablement la regarder comme étant l'opération de l'avenir."—*British Medical Journal*.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FRACTURES DE LA ROTULE, par le prof. J. WILLIAM WHITE, de Philadelphie. — L'habile chirurgien du *University Hospital* (Philadelphie) a donné sur ce sujet une leçon très intéressante et très détaillée dont nous reproduisons la partie la plus importante. C'est une traduction littérale.

... Mais en 1891, M. Barker, de Londres, décrivit une opération que j'adoptai bientôt après et que j'ai employée dans un très grands nombres de cas. Je n'ai pas *toujours* réussi à obtenir une union osseuse, mais j'y suis arrivé dans la grande majorité des cas, et je n'ai jamais eu un *écartement considérable des fragments*. Les résultats habituels quant à la réduction de la durée du traitement et quant à l'utilité plus grande de l'articulation après l'opération ont été de beaucoup supérieurs à ceux que j'obtenais avant d'avoir adopté cette méthode. Les patients n'ont jamais eu durant la convalescence le plus petit ennuï ; pas un seul cas n'a donné de la suppuration, de la fièvre ou même une douleur marquée. Il n'est que juste d'ajouter que je connais des cas où

l'opération a été suivie d'une arthrite infectieuse, et d'où les patients ont eu peine à sortir la vie sauve.

On doit admettre, sans doute, que ceci est au nombre des possibilités, mais c'est une chose évitable, et j'ai trouvé jusqu'à présent qu'elle l'était. L'opération est simple et facile, et peut-être faite en quelques minutes. On tient solidement le fragment inférieur de la rotule entre le pouce et l'index, et l'on enfonce dans la jointure, sur la ligne médiane du ligament rotulien, à son point d'attache au fragment inférieur, un couteau à lame étroite, dont le taillant est dirigé vers le haut. Par la plaie ainsi faite, juste derrière le fragment inférieur, on enfonce dans la jointure une aiguille à pédicule à gros manche; on pousse l'aiguille en haut derrière le fragment inférieur, puis au travers la ligne médiane du tendon du quadriceps, en rasant le bord de l'os aussi près que possible, et cela pendant que l'on maintient le fragment supérieur aussi bas que possible et solide. Lorsque la pointe de l'aiguille devient apparente sous la peau, on tire cette dernière en haut, et on l'incise juste sur l'aiguille, dont on charge le chas de soie stérilisée; on retire alors l'aiguille, qui entraîne avec elle le fil derrière les fragments. Ensuite, après avoir désenfilé l'aiguille, on l'introduit de nouveau dans la plaie inférieure, mais on la fait passer cette fois-ci en avant et tout près des fragments, et on la fait sortir par l'incision supérieure. On l'enfile alors avec le bout supérieur de la suture, et on la retire de nouveau. On réunit alors les deux fragments, on frictionne pour déplacer les caillots et autres corps étrangers, et l'on attache la ligature très serrée sur le bord inférieur de la rotule. On coupe très courts les deux bouts du fil et l'on ferme la plaie. On applique ensuite une attelle postérieure et un bandage en chiffre de huit. On peut commencer à exercer des mouvements passifs au bout de la dixième journée. Au bout de la troisième semaine, le patient peut sortir de son lit en portant un léger bandage au plâtre de Paris. On est en droit de s'attendre au fonctionnement satisfaisant de l'articulation vers la huitième ou dixième semaine, quelquefois plus tôt. — *University Medical Magazine*.

#### Figures d'insectes.

R. — Ammoniaque .....	CL gouttes
Collodion .....	3 grammes
Acide salicylique .....	30 centigrammes

Dose. — Appliquer quelques gouttes de cette solution sur les parties piquées ou mordues. — *Journ. Méd. de Paris*.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

ACTION THERAPEUTIQUE DU CHLOROFORME PENDANT LA PARTURITION, par BEDFORD BROWN, M. D., Alexandria, Va.—Les résultats de l'anesthésie par le chloroforme dans la parturition constituent un des traits les plus remarquables et les plus intéressants de l'histoire de la médecine. Durant les trente-cinq dernières années, il y a eu sans aucun doute dans le monde civilisé des millions d'accouchements dans lesquels le chloroforme a été employé comme anesthésique, avec un nombre extrêmement restreint de résultats fatals.

En outre, si on prend en considération la manière dont le chloroforme est administré pendant le travail, souvent sans indication, sans attention et sans mesure, on est de plus en plus étonné de ses résultats favorables. Souvent administré par d'ignorantes garde-malades, par le mari, par le premier venu, parfois par la parturiente elle-même, et souvent témérairement et mal a-propos par le médecin lui-même, il est étonnant de voir que les résultats défavorables soient si rares. Ainsi, en accouchement, le chloroforme est administré de manière telle que pas un chirurgien n'oserait s'y risquer dans une opération chirurgicale.

La profession est venue à considérer l'emploi du chloroforme en obstétrique comme presque complètement dépourvu de danger, et c'est cette opinion, basée sur des faits bien établis, qui a donné naissance à son administration invariable et inattentive, même téméraire, pendant le travail. Pourquoi le chloroforme agit-il différemment chez la parturiente ou chez la femme enceinte que chez la femme qui ne l'est pas, ou pourquoi est-il comparativement dépourvu de danger pendant la gestation, et fait-il courir un certain danger chez la femme qui ne porte pas, voilà une question d'un grand intérêt et d'une haute importance. Pouvoir déterminer ce qui dans la physiologie de la grossesse protège la femme contre les dangers du chloroforme, serait certifier et établir dans la thérapeutique du chloroforme un fait qui jetterait beaucoup de lumière sur son action thérapeutique, non seulement pendant le travail, mais encore au point de vue chirurgical.

Durant la période de gestation, il y a deux systèmes qui subissent des changements manifestes dans leur structure. Ce sont les systèmes vaso-moteur et circulatoire.

Le processus hystologique, qui s'opère dans ces deux systèmes a un caractère particulier. Pour faire face au nouveaux besoins de la circulation et de la nutrition, la structure musculaire du ventricule gauche reçoit un plus grand apport nutritif et augmente de volume. Un nouvel être doit être nourri, développé, formé et modelé dans toutes ses parties et pour cela une nouvelle force doit être créée. Le cœur de la femme enceinte n'acquiert pas seulement une force additionnelle, mais aussi les systèmes vaso-moteur et sympathique, avec leurs ganglions et leurs nerfs prennent une nouvelle énergie, plus de vigueur et de puissance pour maintenir la circulation de la mère, du placenta et du fœtus. A mesure que le placenta et le fœtus augmentent de volume, ces changements de développement dans les systèmes vaso-moteur et circulatoire s'accroissent et à ces changements vient s'en ajouter un autre qui est la leucocytose. Autrement la femme enceinte ne pourrait maintenir sa propre vigueur et sa santé, tout en nourrissant le placenta et le fœtus. De plus son système vaso-moteur et circulatoire parvient à un degré de développement, de vigueur, d'énergie et de puissance rarement atteint par aucune constitution humaine.

Sous ces circonstances, la tension artérielle et la pression sanguine plus que redoublées sont chez la femme enceinte indiquées par un pouls fort, plein, bondissant et fréquent, fait connu de tous les obstétriciens pratiques. Un tel état de tension artérielle et de pression sanguine chez une femme non enceinte serait l'indication d'un danger imminent de pléthore ou de tendance congestive. Mais chez la femme enceinte nous savons qu'il existe une valvule de sûreté, un diverticulum pour faire face à cette augmentation de force et de volume de la circulation : les circulations placentaire et fœtale.

Les progrès de la grossesse, l'évolution et la croissance du fœtus, exigent que toute l'énergie du système soit exclusivement affectée à l'accomplissement de ces objets.

Il est prouvé de toute évidence que l'action thérapeutique du chloroforme chez la parturiente diffère considérablement de celle que l'on observe chez la femme non enceinte. Nous savons qu'en pratique chirurgicale, l'anesthésie par le chloroforme produit une certaine proportion de mortalité qui rend nécessaire une prudence extrême, tandis qu'une mort ou même un résultat désa-

gréable pendant le travail, provenant de l'anesthésique, est chose très rare.

Dans la pratique obstétricale du monde civilisé, les recherches les plus minutieuses n'ont pu mettre en évidence qu'un nombre très restreint de cas de mort sur les millions de cas où le chloroforme a été employé.

On peut affirmer avec assurance que dans la pratique du monde entier le chloroforme est employé vingt fois en accouchement contre une en chirurgie et cependant la mortalité par le chloroforme est cent fois moins élevée en obstétrique qu'en chirurgie, et je ne crois pas cet avancé exagéré. Les investigations les plus attentives n'ont pu mettre au jour plus de quarante morts par le chloroforme pendant le travail dans la pratique du monde entier depuis le temps où cet anesthésique fut mis en usage jusqu'à nos jours. Des autorités haut placées ne portent ce nombre qu'à trois. Voilà, je crois, une statistique étonnante, surtout si nous prenons en considération la manière inattentive, insouciante et inhabile dont le chloroforme est administré pendant le travail.

Et non seulement cela, mais encore son emploi souvent prolongé dans les cas de travail lent, est une cause d'étonnement. Dans certains accouchements prolongés, je l'ai vu administrer toutes les demi heures pendant douze heures et dans certains cas pendant vingt-quatre heures, sans résultats défavorables; au contraire la délivrance se fit naturellement et heureusement. Dans certaines opérations obstétricales, j'ai vu tenir la patiente dans un profond degré d'anesthésie par le chloroforme pendant deux à trois heures sans la moindre indication de collapsus de la circulation ou d'arrêt de la respiration.

Après une longue expérience dans l'emploi du chloroforme, expérience de près de quarante ans, j'ai n'ai pas encore eu le moindre résultat défavorable dans son emploi tant pour la mère que pour l'enfant. Cependant je redoute l'administration intempestive et maladroite du chloroforme en accouchement et pour éviter plus sûrement tout danger, je suis d'avis qu'on devrait toujours l'administrer avec autant de prudence et de méthode qu'en chirurgie générale.

D'après cet exposé, qui est j'en suis persuadé conforme à l'expérience de la majorité de la profession, la grossesse, surtout la période du travail, rend la femme presque complètement réfractaire aux mauvais effets du chloroforme. Ceci posé comme fait certain dans la thérapeutique du chloroforme, il nous reste à démontrer ce qui pendant la grossesse ou la parturition confère à la parturiente cette immunité.

Au commencement de cette communication j'ai parlé du développement extraordinaire des systèmes vaso-moteur et circulatoire chez la femme enceinte avec son étonnante pression artérielle et sa haute pression sanguine. Le pouls, chez la femme enceinte même la plus délicate, est souvent aussi dur, aussi plein, aussi fort que chez l'homme le plus robuste. Dans une communication faite en novembre dernier à la *Southern Surgical and Gynecological Association*, sur l'action du chloroforme sur le cerveau humain mis à découvert, j'ai démontré d'une manière très positive que l'action anesthésique du chloroforme était invariablement de produire l'anémie de la circulation de cet organe, la diminution de la tension artérielle et de la pression sanguine, de sorte que toujours dans une anesthésie complète le cerveau s'anémie à un degré tel que dans les cas extrêmes il survient un énorme et dangereux ralentissement de la circulation précédant le collapsé général. Je me vois par là même obligé de croire que c'est dans cet admirable développement de force, de vigueur et de puissance dans le système vaso-moteur de la femme enceinte que se trouve son immunité contre l'action toxique du chloroforme. Plus le système vaso-moteur acquiert de vigueur additionnelle, plus l'immunité se trouve augmentée. C'est cette force nouvellement acquise du système vaso-moteur de la femme enceinte qui la met en état de résister à l'action toxique du chloroforme jusqu'à une limite extraordinaire, qui prévient l'extrême dépression de la tension artérielle et par conséquent l'anémie excessive et dangereuse du cerveau et de la moëlle épinière.

Dans des cas de blessures étendues du crâne et du cerveau où on a administré le chloroforme, je me suis parfaitement rendu compte, de visu, de son action sur les fonctions du cerveau pendant son administration à 3 ou quatre reprises dans chaque cas; diminution de la tension artérielle, de la pression sanguine et de la force vaso-motrice dans les artères précédant invariablement un état d'anémie du cerveau, et cette extrême anémie du cerveau, l'arrêt des pulsations et l'hémorrhagie précédant toujours la tendance au collapsé général.

Ces faits, je crois, nous indiquent très clairement que dans l'anesthésie par le chloroforme, l'anémie du cerveau à un degré extrême précède toujours la narcose dangereuse et le collapsé, et de plus aussi longtemps que la force vaso-motrice demeure intacte et en force suffisante pour maintenir la circulation du cerveau et de la moëlle, la vie n'est pas en danger.

Dans mes expériences sur le chloroforme dans les cas susmentionnés de blessure du cerveau, il y eut deux occasions dans un cas, et deux dans l'autre où il se produisit un collapse alarmant, avec arrêt presque complet de la respiration et du cœur. Avant l'apparition de ces symptômes, il s'opéra dans chaque cas une réduction notable de la force vaso-motrice, de la tension artérielle, de la pression sanguine et une diminution de la force du cœur. Suivant toute mon expérience dans l'emploi du chloroforme pendant l'accouchement, sans prendre en considération jusqu'à quelle limite l'agent a été donné, je n'ai jamais observé cette diminution extrême de la force cardiaque et vaso-motrice telle que remarquée en chirurgie générale.

L'action première du chloroforme se porte sur l'écorce cérébrale, le siège de l'intelligence et de la sensation. Pour le soulagement de la douleur dans la parturition, tout ce que nous avons à faire c'est de mettre cette écorce dans un état d'anesthésie, sans pousser cet état jusqu'à agir sur les fonctions réflexes de la moëlle. Ceci est également vrai pour l'anesthésie de la chirurgie générale. En surveillant l'action du médicament nous pouvons limiter son influence à l'écorce sans attaquer les fonctions de la moëlle ou du système vaso-moteur. Au contraire si notre but est de diminuer une rigidité excessive des parties molles, ou dans le cas d'action convulsive, de la contrôler, nous devons pousser plus loin son action et mettre sous son influence les fonctions réflexes de la moëlle elle-même. Dès que nous confinons l'action de l'anesthésique à l'écorce seulement, nous ne saurions obtenir ces effets. Mais aussitôt que la moëlle devient sous son influence, il s'en suit un relâchement musculaire complet.

(A continuer.)

### Leucorrhée chez les jeunes filles.

R.—Teinture de cantharides . . . . .	96 minimes
Teinture de perchlorure de fer	160 “
Acide phosphorique dilué . . . . .	160 “
Sirop de citron . . . . .	2 onces
Eau . . . . .	Q S. pour 4 onces.

Dose.—Une cuillerée à thé, dans de l'eau, après les repas.—STORUM.

## FORMULAIRE

**Emplâtre diachylon d'Hébra.**

R.—Huile d'olive.....	45 parties
Litharge.....	105 —
Eau.....	2 onces

Dose.—En application deux ou trois f. p. j. Faire précéder l'application d'un lavage au savon boraté.—*Hôpital Notre-Dame.*

**Otalgie.**

R.—Muriate morphine.....	5 grains
Sulfate d'atropine.....	1 —
Huile d'olive.....	1 drachme
Glycerine.....	1½ —

Dose.—3 à 5 minimes dans l'oreille toutes les heures jusqu'à soulagement.—FOUCHER.

**Syphilis.**

R.—Hydrargyrum cum cretâ } à à	1 grain
Dover.....	

Dose.—Une pilule trois fois par jour.—BARTHOLOW.

**Syphilis.**

1o. Traitement préventif, chronique, intermittent du professeur Fourrier. Doit durer le moins deux années, raisonnablement trois. Commencer le traitement dès que le diagnostic est certain.

## 1o. EXPOSÉ DE LA MÉTHODE :

Mercure.....	2 mois
Repos.....	1 mois
Mercure.....	6 semaines
Repos.....	2 mois
Mercure.....	6 semaines
Repos.....	3 mois
Mercure.....	6 semaines
Repos.....	4 mois
Mercure.....	6 semaines
Repos.....	5 mois
Mercure.....	6 semaines
Repos.....	6 mois

Puis, pendant les trois années suivantes, on donne des cures d'iode durant de un mois à six semaines. Première année : 3 ou 4 cures. Seconde année, trois cures. Troisième année, 2 cures.

Cette méthode est tout à fait générale : suivant les cas, on augmente ou diminue les cures et les repos.

## 20. MERCURE.

Bichlorure d'hydrargyre.....	} à à	1 centigramme ( $\frac{1}{6}$ ou $\frac{1}{7}$ grain.)
Etrait d'opium.....		

Pour une pilule.

Proto-iodure d'hydrargyre.....	{	5 centigrammes ( $\frac{5}{6}$ ou $\frac{5}{7}$ grain.)
Extrait d'opium.....		

Pour une pilule.

Dose moyenne du sublimé : homme, 3 centigrammes par jour ; femme, 2 centigrammes par jour. Dose moyenne du proto iodure : homme, 10 à 12 centigrammes par jour ; femme, 7 à 8 centigrammes par jour. Ceci varie suivant les symptômes et le malade.

Syphilis jeune : *proto-iodure*. Accidents secondaires tardifs de syphilis vieille : *sublimé*. Accidents exigeant une action rapide : *frictions*

Le proto-iodure menace la bouche, le sublimé l'estomac. Il est plus facile d'élever les doses avec le proto-iodure et d'avoir une action plus énergique.

## 30. IODURE.

## SOLUTION :

Eau distillée.....	500 grammes (16 onces fluide.)
Iodure de potassium.....	30 grammes (1 once.)

Dose.—Une cuillerée à bouche contient 15 grains.

## SIROP :

Sirop d'écorces d'oranges amères..	500 grammes
Iodure de potasse.....	25 — (7 drachmes)

Dose.—Une cuillerée à bouche contient 15 grains.

La cuillerée à bouche de solution se prend dans de la bière, du lait, un sirop agréable ; la cuillerée de sirop dans un demi-verre d'eau. Dose moyenne : homme, 3 cuillerées ; femme, 2 cuillerées.

C'est une erreur grave, une erreur criminelle, de croire ou de persuader à un malade que la syphilis ne se guérit pas : LA SYPHILIS SE GUÉRIT.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Directeur-Gérant* : - - - - - **DR A. LAMARCHE.**

*Rédacteur-en-chef* : **DR E. P. BENOIT**

---

---

MONTREAL, AOUT 1895.

---

---

## BULLETIN MEDICAL

### Les étapes de la bactériologie

Comme la science va vite ! Il y a à peine six mois que nous écrivions la revue de bactériologie dont nous publions la fin dans le présent numéro, et déjà nous sommes en retard, du moins en ce qui concerne la thérapeutique. La sérothérapie ne s'appliquait alors qu'à une seule maladie, la diphtérie. Voilà maintenant que l'on force le streptocoque à fournir son antitoxine, et deux maladies sœurs, l'érysipèle et la fièvre puerpérale, vont bénéficier de la méthode. Et ce n'est pas tout. Le bacille d'Eberth et celui de Koch ne sont-ils pas en butte à des attaques réitérées ? Ne devront-ils pas, eux aussi, faire servir leur pouvoir malfaisant au grand œuvre de la médecine moderne ? Ce jour là, l'humanité ne deviendra certainement pas immortelle, mais la moyenne de la vie individuelle sera augmentée. Et lorsque l'on connaîtra bien le microbe de la syphilis et le microbe ou le parasite du cancer, qui sait si les travaux actuels qui se poursuivent dans les laboratoires ne finiront pas par dompter ces deux fléaux du genre humain. Une cause connue permet toujours d'espérer le contrôle des effets ; c'est la base de toute science. On cherche, on travaille, et l'on finit par amener les faits au résultat désiré. Je sais bien que l'esprit humain est limité : la méthode, quoique juste, n'a pas pu guérir le tétanos, parce que les symptômes ne révèlent l'intoxication que lorsqu'il est trop tard. D'un autre côté, cette même méthode n'a-t-elle pas donné des résultats inattendus, n'a-t-elle pas permis à Calmette de traiter l'intoxication par le venin des serpents ? Quelque singulier que cela puisse paraître à plusieurs, nous avons une foi absolue dans l'avenir

de la méthode. Et ce qui donne à notre foi toute sa vivacité, c'est qu'elle s'appuie sur les faits et les résultats obtenus. Le traitement de la diphtérie par la sérothérapie ne se discute plus ; c'est un fait acquis. Relisez l'observation du Dr Archambault que nous avons publiée le mois dernier. Roger et Charrin ont guéri des femmes de la fièvre puerpérale et des nouveaux-nés de l'érysipèle par des injections de sérum antistreptococcique (voir page 230) ; cela n'est pas contestable non plus. Dernièrement (*Bull. Méd.* 2 juin) le prof. Folet, de Lille, publiait l'observation d'un cas de guérison de vastes phlegmons érysipélateux des deux cuisses par la sérothérapie. Lorsque l'on aura pu expérimenter la méthode sur une aussi vaste échelle que dans la diphtérie, il n'y a aucun doute que son efficacité sera mise hors de conteste. Il en sera de même, croyons-nous, du sérum du Dr Calmette contre les morsures des serpents venimeux ; l'institut Pasteur se porte garant de son efficacité et l'offre à tout médecin qui veut en faire l'expérience, avec instructions minutieuses sur son emploi. Voilà pour les résultats pratiques ; on voit que la science a en effet marché depuis six mois. Elle ne songe pas non plus à se reposer. Les travaux sur le typhus exanthématique et la fièvre typhoïde ne sont pas encore assez avancés pour permettre d'en tirer aucune conclusion. Il en est de même de la communication à l'Académie de Médecine de MM. Redon et Chenot, bien que cette communication promette beaucoup. En voici le résumé : I.—L'âne et le mulet supportent avec une indifférence remarquable l'inoculation par des voies diverses de produits tuberculeux. II.—Cette indifférence persiste pour les inoculations de plus en plus considérables. III.—Le sérum de l'âne et du mulet traités : (a) par le tanin ; (c) par le tanin et l'émulsion tuberculeuse ; (c) par l'émulsion tuberculeuse seule, reste inodore, transparent, imputrescible, même lorsqu'on l'expose à l'air libre pendant longtemps (deux mois) Il n'en est pas de même du sang de l'âne ou du mulet non traités. IV.—L'injection du sérum d'âne ou de mulet est tolérée d'une manière parfaite par les animaux sains ou tuberculeux. V.—L'injection du sérum présumé antituberculeux dans le péritoine de cobayes ou de lapins tuberculisés augmente d'une manière frappante la survie chez ces animaux. VI.—Les animaux en cours de traitement, sacrifiés à fin d'examen, présentent des lésions à des degrés variables mais en voie de régression certaine, évidente. En outre de cette action antituberculeuse, le sérum semble avoir une action antiseptique capable d'entraver le développement des agents de la putréfaction et de la suppuration, associations microbiennes qui compliquent et aggravent si souvent l'évolution de la tuberculose. — Voilà, ou nous nous trompons beaucoup, un début d'expérimentation qui promet, et qui promet d'autant plus que le bacille de Koch est bien étudié. Les recherches sur la syphilis et le cancer iront-elles aussi vite ? Nous en doutons. Quel est l'agent patho-

gène de la syphilis ? Est-ce le bacille de Lustgarten ? On n'en est pas sûr, même à Vienne. Tant que l'on ne connaîtra pas mieux la cause, le mercure et l'iodure resteront les spécifiques de la maladie. En attendant on cherche. On cherche aussi pour le cancer, la maladie incurable par excellence. Emmerich et Scholl, en Allemagne, Richet et Héricourt, en France, ont publié leurs mémoires à sept jours d'intervalle. Les auteurs allemands s'inspirent d'un fait clinique, la guérison de certains cancers à la suite de l'érysipèle, et traitent les néoplasmes par des injections de sérum antistreptococcique. Ils ont amélioré des malades, mais certains résultats sont contestés au point de vue du diagnostic. Les auteurs français traitent le cancer à l'aide d'un sérum anti-cancéreux. Ils ont amélioré trois cas d'une manière évidente. Mais les résultats ne sont pas assez sûrs pour être admis d'une façon positive. Pour le cancer comme pour la syphilis, le grand obstacle réside dans l'incertitude de la cause déterminante. On travaille beaucoup en Russie pour trouver cette cause, car l'on est convaincu dans ce pays que le cancer est d'origine parasitaire. La *Revue de Médecine* contenait l'autre jour un long exposé de la question. Malheureusement, tous les savants russes, Thoma, Korotneff, Loudakevitch, Metschnikoff, se sont contentés de faire des études microscopiques ; pas un n'a abordé la partie expérimentale. Il n'y a aucun doute que les corpuscules que ces histologistes ont trouvés dans les cellules hypertrophiées des tissus cancéreux peuvent jouer un rôle important dans la genèse et l'accroissement de la tumeur maligne, mais encore faudrait-il prouver, par des expériences de laboratoire, que ces parasites (que l'on pourrait comparer à la trichine dans les muscles) ont la faculté de produire dans un tissu animé identique, la même tumeur cancéreuse. Dans tous les cas, en voyant le cancer se propager par la voie lymphatique, amener une cachexie véritablement toxique et montrer des préférences pour certaines constitutions, il est bien permis à la science d'attribuer à cette maladie une nature infectieuse. Ainsi placé dans le cadre bactériologique, pourquoi le cancer ne profiterait-il pas lui aussi, un jour ou l'autre, du traitement bactériologique par excellence, la sérothérapie. La science du microbe ne fait que commencer ; il est évident qu'elle n'a pas encore dit son dernier mot.

### L'urine dans la variole

La *Revue de Médecine* du 10 juin contient un excellent article de M.M. Auché et Jonchères sur ce sujet. Les auteurs ont observé huit cas de variole et ont particulièrement étudié la toxicité de l'urine pendant les différentes périodes de la maladie. Ils ont de plus contrôlé leur analyse par des inoculations expérimentales, et leurs patientes recherches les ont amenés aux conclusions suivantes. Il y a des malades qui urinent plus, d'autres moins ; mais chez tous,

la courbe urinaire varie suivant la période de la maladie. Relativement élevée à la période d'éruption, elle s'abaisse à la période de suppuration et s'élève au moment de la défervescence. Il y a même à ce moment, chez certains malades, une véritable crise urinaire. La toxicité de l'urine suit la même marche : élevée pendant l'éruption, diminuée pendant la suppuration et élevée de nouveau pendant la défervescence. Lorsqu'il y a, pendant la défervescence, une crise urinaire, l'urine devient très toxique. Cela prouve bien que la guérison se fait par élimination, et que le rein est un des grands émonctoires. Dans les cas observés par MM. Auché et Jonchères, s'il survenait, pendant la convalescence par exemple, des complications fébriles, la toxicité urinaire diminuait immédiatement, mais les symptômes graves (délire, etc.) se montraient aussitôt, preuve que le poison était retenu dans l'économie. Dans un cas de variole hémorragique, la toxicité a baissé jusqu'à la mort. Le bon fonctionnement des reins dans la variole est donc un moyen de guérison, comme du reste dans toute maladie infectieuse.

### Mécanisme de l'asystolie hépatique.

On peut rencontrer, chez les gens porteurs d'une maladie de cœur, un foie très gros, très congestionné, sans qu'il y ait d'autres indices de l'hypertension intra-veineuse. C'est ce que le Dr Hanot appelle de l'asystolie hépatique : les cardiaques ont toute leur asystolie dans le foie. Le cas se présente aussi chez les alcooliques. Le Dr Hanot, à la suite d'une autopsie qu'il a faite, est d'opinion (Soc. Méd. des Hop.) que l'asystolie hépatique peut dépendre d'un mode irrégulier d'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave inférieure, ce qui permet à la régurgitation d'entretenir la stase veineuse et de provoquer l'engorgement du foie. C'était le cas chez la femme que le Dr Hanot a autopsiée. Le Dr Hayem a eu un cas semblable dans ses salles, accompagné de beaucoup d'ascite. Il ne croit pas que la congestion du foie suffise pour déterminer la cirrhose ; il faut aussi qu'il y ait des lésions gastriques, telle que l'atrophie glandulaire. Voilà pourquoi le lait agit si bien dans cette maladie. C'est aussi l'avis du Dr Hanot.

### Les dyspnées et leur traitement.

Le Dr Huchard appelle ses conférences du samedi à l'Hôpital Necker du nom d'Enseignement de Pratique Médicale. Il a donné sa leçon d'ouverture sur les dyspnées. Nous en empruntons les conclusions au *Journal de Médecine de Paris*. "Ainsi, sans même parler de la dyspnée continue due à l'emphysème, au catarrhe bronchique, aux bronchites répétées, il y a au point de vue pathogénique :

Des dyspnées mécaniques (poumons et cœurs).

Des dyspnées toxiques (reins).

Des dyspnées nerveuses (nerf vague).

Au point de vue clinique :

Des dyspnées continues.

Des dyspnées sub-continues.

Des dyspnées paroxystiques.

Au point de vue thérapeutique :

Des dyspnées qu'il faut traiter par la digitale.

Des dyspnées qu'il faut traiter par le lait.

Des dyspnées qu'il faut traiter par les iodures et bromures de potassium."

Rien de plus net, ajoute le *Journal*, que cette classification qui permettra au praticien d'appliquer un traitement raisonné aux cardiaques dyspnéiques.

### Le drainage de l'abdomen.

Le *British Medical Journal* du 25 mai dernier contient un article fort intéressant du Dr Barker intitulé : " Remarques sur les limites du drainage dans les suppurations de la cavité abdominale." Le savant professeur du *University College* fait voir qu'il y a des cas où le chirurgien doit se demander s'il est bien prudent de laisser un drain dans une plaie. Sans doute il y a des circonstances où il peut être utile d'amener au dehors le sérum ou le sang qui s'exudent et peuvent empêcher la coaptation des parties profondes du tissu sectionné, ou encore permettre à certains germes de pulluler à leur aise. Mais on s'expose quelquefois à ce que le drain devienne précisément une excellente porte d'entrée.

Et il est bon de se rappeler que les liquides physiologiques aseptiques peuvent séjourner dans une cavité fermée sans causer aucun trouble et se résorber ensuite. Tels sont les hématômes sous cutanés. La force vitale est toujours prête à accomplir son œuvre, pourvu qu'on la protège des attaques extérieures. Voilà pourquoi maintenant l'on ferme même les plaies profondes, du moment qu'elles sont bien nettes. Mais l'on hésite encore sur la conduite à tenir lorsque la maladie est causée par un agent pathogène. Cependant l'auteur a vu des articulations tuberculeuses guérir par première intention après le grattage, ainsi que les abcès du psoas après avoir été vidés. Il est d'avis que la meilleure conduite à tenir dans la péritonite tuberculeuse, c'est de fermer la plaie après avoir évacué tout le liquide possible. On évite ainsi le danger d'une infection secondaire, d'une protusion de l'intestin ou d'une cicatrice fragile, et la maladie guérit tout aussi bien. L'exsudat se résorbe complètement ou ne récidive pas. C'est du moins ce qui résulte de l'expérience de l'auteur, qui publie plusieurs observations à l'appui de ses avancés.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

GILLES DE LA TOURETTE. TRAITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'HYSTÉRIE D'APRÈS L'ENSEIGNEMENT DE LA SALPÊTRIÈRE par le Dr Gilles de la Tourette. Préface de M. le prof. J. M. Charcot.

Seconde partie : HYSTÉRIE PAROXYSTIQUE, vol 2, in-oct., avec 63 figures dans le texte et un portrait à l'eau forte du professeur Charcot. Paris, 1895. E. Plon, Nourrit & Cie, imprimeurs-éditeurs, 10, rue Garancière.

GERIN-LAJOIE.—DYSPEPSIA AND HOW TO CURE IT. Description of the digestive organs and of the different kinds of food. Special chapters on obesity, leanness and the skin ; appendix on Electricity, by M. T. Gérin-Lajoie, M. D. C. M. Sixth édition 1895, 1 vol. oct. p. 135, Nashua, N. H. Telegraph publishing Co.

DAUCHEZ.—MEMENTO FORMULAIRE DE POCHE DE POSOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE INFANTILES par le Dr H. Dauchez, Paris 1895, 1 vol. in 16, p. 80. Société d'éditions scientifiques, 4 rue Antoine-Dubois.

GUÉPIN.—LES GRANDS PROBLÈMES DE LA SCIENCE La naissance de la cellule, par le Dr G. A. Guépin, Paris, 1895.

---

## CHRONIQUE

**Institut Pasteur de New-York.**—Nos lecteurs ont déjà entendu parler de cet Institut, que dirige à New-York M. le Dr Gibier. Un de nos compatriotes, M. le Dr Gérin-Lajoie, vient d'être attaché à l'établissement comme chirurgien.

**Le Dr. John S. Billings.**—Le Dr John S. Billings doit donner à l'automne sa démission de chirurgien en chef de l'armée américaine. Il a accepté la place de professeur d'Hygiène à l'Université de Pensylvanie.

**De retour d'Europe.**—M. le docteur René Hébert, ancien interne de l'hôpital Notre-Dame, nous est revenu dernièrement de Paris, où il a suivi pendant deux ans les hôpitaux et les cliniques, et plus spécialement les cours de Potain et de Tillaux. Le Dr Hébert compte s'établir prochainement au milieu de nous.

**En vacances.**—Le Dr Ethier étant très occupé dans le moment à préparer son rapport annuel et devant ensuite prendre quelques jours de vacances, nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous pardonner si nous ne leur donnons pas ce mois-ci de *Courrier de l'Hôpital*. Nous ferons en sorte qu'ils ne perdent rien à attendre.

**L'Association Médicale du Canada.**—L'Association Médicale du Canada se réunira à Kingston, dans le Convocation Hall de la Queen's University, les 28, 29 et 30 de ce mois. La réunion sera présidée par le Dr William Bayard, encore jeune et vigoureux malgré ses quatre-vingts ans. On croit aussi que Sir Charles Tupper, M. D., sera présent.

**Le concours de thérapeutique.**—Trois candidats se sont présentés pour le concours de thérapeutique et ont envoyé leur thèse le 15 juillet dernier. L'une des thèses est sur le digitale, l'autre sur le mercure ; nous n'avons pu nous procurer le titre de la troisième. Les concours oral et écrit auront lieu le 15 de ce mois, à l'Université, et seront publics. MM. les docteurs Gauthier, de St-Ephrem d'Upton, Hervieux et Chopin, de Montréal, sont les candidats.

**Congrès de bactériologistes.**—Plus de cinquante bactériologistes se sont réunis à New-York les 21 et 22 juin dernier. Le congrès a été fait à la suggestion d'un bactériologiste de Montréal, qui avait émis l'idée, au congrès d'hygiène tenu en cette ville l'année dernière,

qu'il serait utile d'établir sur des données uniformes la recherche des bactéries de l'eau. Parmi les médecins qui ont lu des travaux au congrès, nous remarquons MM. Shuttleworth et Mackenzie, de Toronto, Adami et Wyatt Johnson, de Montréal.

**Le danger de trop garnir ses poches.**—Nous en avons déjà parlé à propos des médicaments explosifs. Les journaux d'Europe nous racontent l'aventure d'un pharmacien qui avait mis dans sa poche des cigarettes et deux prises de strychnine avec lesquelles il voulait empoisonner des chiens. Les papiers s'étant déchirés, la strychnine se mêla au tabac des cigarettes ; le pharmacien fuma celles-ci et fut empoisonné à la place des chiens. Heureusement qu'on put le sauver à l'aide du chloroforme et du curare.

**Honneurs bien mérités.**—Le Dr Roux a rendu tant de services à l'humanité par son admirable découverte de la sérothérapie de la diphtérie, que les honneurs lui viennent de tous les côtés. Il a reçu dernièrement encore trois médailles. L'une lui a été présentée par la Société d'Encouragement au Bien, l'autre par la ville de Paris, et la troisième par le Département de la Seine. Le savant français s'est montré confus des honneurs qu'on lui faisait, ce qui prouve que la vraie science est généralement modeste.

**Les pertes de la science.**—La science médicale a perdu depuis quelque temps trois savants d'un grand mérite. Le professeur Huxley, après avoir été pendant plusieurs années médecin sur un navire de guerre, s'était consacré à l'enseignement de la physiologie et vivait à Londres. Le Dr Carl Vogt s'occupait aussi de physiologie et de sciences naturelles. Il s'était réfugié à Genève à la suite de déboires politiques. Le prof. Karl Ludwig enseignait la physiologie à Leipsig.

**Nouveaux frères siamois.**—Nos lecteurs ne sont pas sans avoir entendu parler des frères siamois, qui eurent leur heure de célébrité. Les deux enfants n'avaient qu'un seul bassin et qu'une seule paire de jambes. Une dame Kochler de New-York, a donné naissance dans la nuit du 15 avril dernier à deux enfants qui sont accolés depuis la troisième côte jusqu'au coccyx. Les Drs Lynberg et Jacobi ont constaté que les deux enfants ont chacun leur système artériel complet. Il n'y a que la peau qui les tient ensemble. Il sera donc facile quand ils seront plus grand de les séparer.

**Une fête à la Salpêtrière.**—L'autre jour a eu lieu à la Salpêtrière la fête annuelle donnée chaque année par un philanthrope français, M. Darthenay, aux aliénés de l'asile. Le programme comprenait une représentation dramatique ; tout le monde a paru compatir aux *Malheurs des Créanciers de M. Pijambosse*, et s'amuser des aventures des *Deux Timides*, de Labiche, et des *Noces de Jeannette*. Les deux

pensionnaires qui ont le plus donné de marques d'approbation ont été le *gros Jules*, un myxoédémateux avec une tête énorme, et son inséparable compagnon *Ouistiti*, un idiot microcéphale. La musique a paru impressionner beaucoup les hystériques et les déments.

**Une curieuse expérience.**—La Société Royale de Londres donne tous les mois une soirée où elle invite dames et messieurs à danser et à écouter de la musique. On en profite pour leur faire entendre des conférences très instructives et surtout très attractives sur des sujets scientifiques. A l'une de ces soirées, on a fait voir aux invités des morceaux de pommes de terre contaminés par des mouches. Ces mouches avaient eu les pattes trempées dans une culture de microbes. On les mit ensuite en liberté dans une grande chambre. Quelques heures après, on les rattrapa, et on les fit marcher sur des morceaux de pommes de terre stérilisées qu'on laissa ensuite plusieurs heures à l'étuve. On put alors constater sur la trace laissée par les mouches des cultures de microbes en pleine activité ; les cultures étaient aussi apparentes que la mousse sur les confitures qui ont fermenté. Les mouches peuvent donc servir de véhicules aux germes, et ceux-ci peuvent rester longtemps sur le corps de l'insecte.

**La médecine à Paris.**—Le jeudi 11 juillet 1895, le président de la République a distribué à l'Hôtel-Dieu de Paris, les récompenses accordées par le gouvernement au corps médical des hôpitaux. Le professeur Tillaux, chirurgien à l'hôpital de la Charité, a été créé commandeur de la Légion d'honneur. MM. les docteurs Nicaise, chirurgien à l'hôpital Laennec, et Constantin Paul, médecin à l'hôpital de la Charité, ont reçu la croix d'officier. MM. les docteurs Delens, chirurgien à l'hôpital Lariboisière, Ferrand, médecin à l'Hôtel-Dieu, Landrieux, médecin à Lariboisière, et Kirmisson, chirurgien aux Enfants-Assistés, ont été faits chevaliers. Le président Faure a en outre remis des médailles d'argent à mesdames Alancle, surveillante à la Salpêtrière, Cottin (sœur St Jacques), à St-Louis, Graby, à la Pitié, Reimond (sœur St Ignace) à l'Hôtel-Dieu, ainsi qu'à M. Saingest, surveillant à Bicêtre. Mesdames Colbe (Saint-Antoine), Cuillère (Bicêtre), Nivromont (Bichat) ont reçu des médailles de bronze.

**La médecine au Japon.**—Les Japonais sont décidément un peuple très avancé. La peste s'étant déclarée l'année dernière à Canton et à Hong-Kong, le gouvernement nippon a envoyé une mission scientifique en Chine, afin d'étudier les caractères bactériologiques et les symptômes de la maladie. Le gouvernement annonça qu'il envoyait cette mission purement dans les intérêts de la science et de la cause humanitaire. Elle se composait du professeur Kitasato (pendant onze ans assistant en chef de Koch, professeur royal de Berlin, professeur de bactériologie à l'Université Impériale de Tokio), et des

des docteurs Aoyama (professeur de clinique médicale à l'Université de Tokio), Ishigama (chef du Corps médical de la Marine), Miyamoto, Kiashita, Takadi et Tokada. Malheureusement, dès le début de la mission, le prof. Aoyama se coupa en faisant une autopsie, et contracta la maladie, deux des autres médecins furent aussi atteints par la peste, de sorte que la moitié de la mission fut mise hors de combat. Le prof. Kitasato put continuer les recherches, néanmoins, et trouva bientôt dans les abcès et les humeurs des victimes un microbe qui donna la même maladie aux animaux auxquels on l'inocula. Ce nouveau microbe (no veau parce que qu'on vient de le découvrir) est un bacille.

**L'association américaine d'électro-thérapie.** — La cinquième assemblée annuelle de l'Association Américaine d'Electro-thérapie, le docteur A. Laphorn-Smith, de Montréal, président, aura lieu au Collège des Médecins et Chirurgiens d'Ontario, au coin des rues Richmond et Bay, à Toronto, les mardi, mercredi et jeudi, 3<sup>me</sup>, 4<sup>me</sup> et 5<sup>me</sup> jours de septembre 1895. Pour la convenance de ceux qui voudraient assister aussi à l'assemblée de la *Canada Medical Association*, qui se tiendra à Kingston pendant la semaine précédente, on a fait avec le G. T. R. et le C. P. R. les arrangements suivants : On peut acheter un billet de première classe, au prix ordinaire, bon pour aller jusqu'à Toronto, et l'on devra demander à l'agent qui vendra le billet, au lieu du départ, un *Standard certificate*. Ce certificat, signé de nouveau par le secrétaire de l'Association, à Toronto, permettra d'obtenir un billet de retour à prix réduit. Les billets donneront droit à leur porteur de rester quelques jours à Kingston pour assister aux assemblées de la *Canada Medical Association*. Ceci s'applique aussi à toutes les places qui sont à l'est de Kingston. Pour tous renseignements concernant les billets et les points d'arrêt, s'adresser au Dr C. R. Dickson, 159 Bloor street, Toronto, président du comité des arrangements. Les prévilèges des billets sont étendus à tous ceux qui veulent se rendre à l'assemblée, qu'ils soient membres ou qu'ils ne le soient pas, et les séances sont ouvertes à tous les membres de la profession. Tout le monde est cordialement invité. Le programme, très instructif, comprend une exposition d'appareils d'électricité tout modernes, ainsi que beaucoup d'autres choses fort intéressantes.

**Résultat des élections triennales.** — L'assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec a eu lieu le 10 juillet, à l'Université Laval, à Québec. Les esculapes dont les noms suivent ont été élus gouverneurs pour les trois années à venir :

Cité de Québec—Drs Vallée, Verge, Belleau, Watters L. Larue, Parke, Simard et Lemieux.

District de Québec—Drs Fiset, Grandbois, Rinfret, Godbout, Guay, Morissette et McKay.

Cité de Montréal—Drs Beausoleil, Brosseau, Laurent, Dagenais, Rottot, Lafard, Campbell et McConnell.

District de Montréal—Drs Marcil, Gibson, Laberge, Cartier, Latraverse, Frarnier, Cholette, Bissonnette et Gauthier.

District St-François—Drs Austin, Bachand et Camirand.

District de Trois-Rivières—Drs Ross, Normand et Plante.

Voici maintenant le résultat des élections des officiers : Président, Dr L. J. A. Simard ; vice-présidents, l'hon. Dr Marcil et le Dr Austin ; secrétaires, Drs A. G. Belleau et A. T. Brosseau ; trésorier, Dr A. Dagenais ; registraire, Dr J. M. Beausoleil.

Les examinateurs suivants composeront le comité des épreuves pour l'admission à l'étude de la médecine : professeurs Laflamme, Watters, Howe et Archambault.

La prochaine assemblée triennale aura lieu le second mercredi de juillet 1898, à Montréal.

**Choses regrettables.**—Nous avons cueilli dans *La Presse*, colonne des annonces, le morceau suivant, que nous servons à l'appréciation de nos lecteurs. Nous espérons, pour l'honneur de la profession, que cette réclame a été faite sans le consentement ou la connivence du médecin en question.

#### SUR LES BORDS DE LA TOMBE

“Mademoiselle M. L. Lafontaine, institutrice, St Valentin, P. Q., écrit : “Je veux que la plus grande publicité soit donnée à mon certificat. Sa lecture donnera à un grand nombre qui souffrent, comme j'ai souffert, le moyen de se guérir. Je fus malade d'un cas sérieux de pleurésie ; mes souffrances étaient d'une intensité indescriptible. J'étais réduite à la dernière extrémité. Après avoir été sous les soins de M. le Dr H. Goudreau, Lacolle, P. Q., je suis heureuse au superlatif d'avoir la conviction que ma guérison est complète et permanente. Je suis arrivée à pouvoir exercer mes devoirs professionnels. Que ceux qui souffrent fassent comme moi, — qu'ils aient recours aux soins de cet habile et intègre médecin, M. H. Goudreau. Je le considère comme un des plus éminents médecins du Canada.”

L'annonce suivante, imprimée sur carte, se passe aussi de commentaires :

Avec les compliments de A. Valois, M. D. 1o Cure radicale et Garantie de la *Diphthérie confirmée, et traitement infailible* contre son invasion. 2o Expérience avantageusement soutenue pendant 33 ans dans les cas de *Parturition* et âge critique. 3o Succès garanti et constant dans l'expulsion du vers solitaire. Res : 55 St-Antoine, Montréal.

## VARIÉTÉS

**Les coroners et les jurés dans les enquêtes criminelles**

La criminalité semble augmenter dans la province d'une manière tout à fait inattendue. La colère et le vol ne sont plus des mobiles suffisants ; il faut maintenant que la passion s'en mêle. L'ivrogne qui tue son ami dans une querelle, le marchand qui s'associe à des incendiaires pour frauder la douane ou ses créanciers, le déséquilibré qui veut voler la caisse de son patron et suit ses victimes à la piste comme un chasseur le gibier, tout cela est déjà bien assez triste. Ce n'est pas suffisant, paraît-il. Il nous faut le jeune homme qui tue sa maîtresse par jalousie, l'homme marié qui se débarrasse de sa femme par fatigue ou par dégoût, la fille publique qui assassine son amant parce qu'il ne veut pas l'épouser. Heureusement, direz-vous, que la justice est là. Hé ! hé ! cela n'est pas aussi sûr que vous croyez. Shortis fait encore ses trois repas par jour, et si Jos. Hébert est toujours couché dans le cimetière de Sherbrooke, la fille Bégin a quitté depuis longtemps la prison.

Evidemment, l'on ne peut condamner les gens que sur des faits certains. Nous l'admettons avec tout le monde. Mais prend-on toutes les précautions nécessaires pour bien établir les faits ? Nous croyons devoir dire non. Le jury s'est laissé attendrir parce que l'avocat de Joséphine Bégin a prétendu que sa cliente était enceinte ; a-t-on prouvé la chose durant le procès ? Pas que nous sachions. De même, parce qu'un homme avant de prendre le train, achète de l'acide prussique, cela prouve-t-il que durant le voyage cet homme a fait prendre le poison à sa femme ? Il nous semble qu'il fallait autre chose. Cette autre chose, c'était l'autopsie. On l'a faite, mais trop tard, elle n'a rien prouvé.

Quand un crime vient d'être commis, rien ne doit être négligé pour trouver le coupable ; l'honneur de la société est en jeu. Il va de soi que les hommes que l'on charge de rechercher l'auteur du crime commis, doivent être d'une énergie peu commune et avoir une habileté spéciale. Car les dangers sont nombreux ; s'il s'agit de trouver un coupable, il ne s'agit pas de condamner un innocent. Il y a aujourd'hui, dans la prison de Montréal, un nommé Napoléon Demers qu'on accuse d'avoir tué sa femme. Il n'y a pas de milieu ; ou cet homme est coupable, ou il ne l'est pas. Eh bien, voyez les résultats

d'une enquête mal conduite. Cet homme, s'il est coupable, a eu trois jours devant lui pour faire disparaître toutes les traces et préparer sa défense : on n'a pas même mis les scellés sur la chambre du meurtre, où tout le monde pénétrait librement. Si cet homme n'est pas coupable, il serait déplorable qu'après lui avoir accordé une compassion entière, on en soit venu à lui poser des interrogations terribles et à l'arrêter sur une accusation formidable. Il serait alors la victime du manque d'énergie et d'habileté de certaines gens, qui n'ont su dès l'abord où trouver le vrai.

Remarquons le bien, c'est au coroner durant l'enquête, c'est à l'avocat durant le procès, que revient la tâche de guider le jury. MM. les jurés n'ont pas les connaissances voulues pour juger par eux-mêmes ; lorsqu'ils sont mal dirigés, leur verdict est absurde. C'est facile à prouver. Voyez à Craig's Road : deux trains se tamponnent, treize personnes sont tuées. Verdict du jury : mort par choc nerveux. Aux chutes Montmorency, un homme veut descendre la falaise à pic ; il tombe d'une hauteur de 150 pieds et se fracture le crâne. Verdict du jury : mort par hémorrhagie cérébrale. Il faut avouer que c'était bien suffisant.

Non, tâchons d'être sérieux. Mettons nous bien dans la tête, et que messieurs les avocats et coroners veuillent bien comprendre les premiers que, dans les cas de coups et blessures ou lorsqu'il s'agit de mort violente, la loi et ses formalités n'est pas suffisante pour juger : il faut la science. Dans ces circonstances là, le médecin, et surtout le médecin spécialiste, passe avant le juge. Le jour où l'on aura assez de désintéressement pour comprendre que la science a marché depuis que le code est écrit, que les faits prouvent plus que les formalités légales, ce jour-là, l'on aura fait un grand pas de plus vers le progrès, et bien des coupables impunis courberont le front devant la justice. L'on ne verra pas autant de prédisposés au crime, gens maladifs ou déséquilibrés, se persuader qu'avec un peu d'habileté l'on peut se tirer d'affaire et se jeter au crime sous l'impulsion de l'exemple, avec l'espoir d'échapper au châtement. Gauthier, dans l'intervalle de ses rendez-vous, devait lire les journaux quotidiens.

---

### Cet élixir

J'ai remarqué dans les *Variétés* du numéro de mai, page 280 de L'UNION MÉDICALE, les deux phrases suivantes où l'auteur dit : " Mais j'ai connu un homme qui, lorsqu'il était malade, buvait sa propre urine et assurait s'en trouver à merveille ! Et il n'était pas le seul à faire usage de ce remède qu'on peut qualifier d'héroïque." Je me suis rappelé alors avoir entendu dire souvent que notre vieux vidandeur au collège faisait usage du même remède. Il m'en avait quel-

quefois parlé à moi même. Mais pour être certain qu'il se soumettait encore au même régime depuis que j'ai quitté l'Alma Mater, je l'ai fait interroger dernièrement par un ami, qui m'a transmis le rapport suivant. "D'abord comme tu sais ce n'est pas la "première" qu'il boit c'est la "deuxième", qui est claire comme l'eau de roche." S'il lui arrive de recevoir quelque commotion, il a recours à l'urine. Quand il est dans le champ, il ne prend pas la peine d'aller boire à la maison, il boit à la "fontaine naturelle". Quand il tousse et est enrhumé, il boit encore de l'urine. Il est âgé de 59 ans; marié depuis 29 ans, croche depuis 25 ans (une blessure causée par la chute d'un arbre l'empêche de marcher droit et l'oblige à ployer du côté gauche la partie supérieure du corps), J'ai le corps croche, dit-il, mais le reste est bon."

Il y a trente ou quarante années qu'il pratique cette usage de l'urine chaque jour. Il ajoute que l'urine d'un enfant est bien meilleure que celle d'un homme."

C'est un remède héroïque.

J. T. O. SAUCIER, E. E. M.

---

### ERRATUM

Dans le numéro de juillet, page 363, nous avons traduit *silk worm gut* par le mot *soie*. C'est une erreur. Lisez *crins de Florence*.

---