

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

TUBERCULOSE TESTICULAIRE.

Par le Dr Eugène ST-JACQUES.

Je viens de lire, dans votre dernier numéro, le compte-rendu de la séance du Comité d'études, où il a été question d'intervention chirurgicale dans les lésions tuberculeuses. Permettez-moi d'ajouter quelques observations à celles déjà données.

Tout d'abord rappelons ce principe qui domine aujourd'hui la pathologie de la tuberculose : que, sauf la granulie, les lésions tuberculeuses doivent être regardées comme affections locales,—et partant traitées comme telles.

Non pas qu'il faille négliger l'état constitutionnel général. Au contraire, et bien que sauf de très rares exceptions, l'enfant ne naisse pas tuberculeux, tout au plus prédisposé, "tuberculisable," encore ne faut-il pas perdre de vue le terrain, et joindre dans tous les cas aux soins locaux, le traitement général.

Notons en passant qu'une partie de l'école allemande se refuse à reconnaître la tuberculose, tout au moins pulmonaire, comme une affection locale. C'est là l'idée que nous retrouvons clairement émise par Dettweiler, le disciple de Brehmer, qui commence son rapport au dernier congrès de la tuberculose de Berlin, mars 1899, en posant que la phtisie ne saurait être regardée comme une simple affection locale, et qu'elle constitue un complexus symptomatique intéressant la plupart des organes.

En regard, je rapporte cette opinion de Guyon, qui tout dernièrement, en présence d'une phimatoze vésicale nous disait : "La tuberculose est une lésion locale, et tout en ne négligeant rien du traitement général agissons localement."

J'en viens donc à la question du Dr Merrill en présentant un

malade castré pour tuberculose testiculaire : quel est le bien fondé de l'intervention chirurgicale dans ces lésions tuberculeuses ?

L'intervention du chirurgien a sa raison d'être dans la plupart des cas, exception faite pour les malades porteurs de lésions multiples et avancées, et cette intervention est davantage motivée de nos jours que les résultats d'une intervention aseptique sont meilleurs et plus encourageants.

Mais il est des conditions à cette intervention, comme il en est des degrés. Tout d'abord il est à distinguer s'il s'agit d'une lésion locale unique ou compliquée de foyers secondaires ; est-elle en évolution active ou est-ce un processus lent ; surtout cette tuberculose est-elle fermée ou ouverte. i. e. communique-t-elle par des trajets fistuleux avec l'extérieur ou non. Autant de constatations qui influent sur le pronostic et modifient l'intervention.

L'examen d'une série de tuberculeux testiculaires nous a permis de constater que la tuberculose génitale chez l'homme débute dans la grande majorité des cas à l'épididyme, où elle se cantonne longtemps, pour n'en pas sortir dans bon nombre de cas. Reclus nous dit que sur 34 "autopsies" il a constaté que testicule et épидидyme étaient 27 fois simultanément envahis. Proportion énorme. Mais ne perdons pas de vue que ces constatations ont été faites sur la table de Morgagni, alors que ces individus avaient succombé aux lésions tuberculeuses nécessairement généralisées et de vieille date.

Kœnig, dans une analyse (1) de 45 cas de tuberculose génitale de testicule traités à la clinique de Kocher, de Berne, considère la tuberculose primitive du "testicule" comme exceptionnelle, et pense que dans les cas où elle a été notée la lésion primitive siégeait dans la prostate et avait probablement échappé à l'observation.

Tillaux semble redire à dessein pour nous en bien convaincre (2) que le testicule n'est généralement pris qu'après coup.

Ce que vient d'ailleurs confirmer la statistique plus récente encore de Delbet (3), que je crois plus conforme à la vérité des faits. Dans 17 cas observés, trois fois seulement le testicule présentait des lésions tuberculeuses, l'épididyme seule étant prise dans les quatorze autres.

Puis il est un autre fait qui mérite de fixer l'attention : une lésion tuberculeuse ancienne et fermée de l'épididyme présente-t-elle

(1) Deutsch. Zeitschr. für chir. 1898, Nos 5 et 6.

(2) Tillaux.—Chir. clinique. Vol II, p. 430.

(3) Delbet.—Communication à la Société de Chirurgie, 30 mars 1899.

encore des noyaux d'indurations, n'allons pas dire d'emblée que le processus est encore en évolution active dans tous les cas. "Car les foyers tuberculeux, comme le remarque si justement Reclus, s'entourent d'une coque de tissu fibreux résistante qui demeure après la résorption du foyer morbide enkysté : cette sclérose ne disparaît pas, quoiqu'on fasse." L'état d'absolue indolence, la fermeté quasi ligneuse, l'absence de signes de réaction locale active, la température normale, etc., nous disent l'arrêt du processus.

Ceci reste donc acquis : que la tuberculose génitale chez l'homme débute dans la grande majorité des cas par l'épididyme, où elle reste souvent longtemps localisée ;

Que plus tard le testicule proprement dit de même que le cordon déférent, les vésicules et la prostate peuvent être simultanément ou consécutivement pris ;

Que un certain nombre de cas où l'épididyme seul a été attaqué guérissent par un véritable enkystement des foyers caséeux.

Traitement.—Si nous en venons au traitement, nous trouvons les indications d'intervention aussi diversement interprétées que les interventions elles-mêmes variées. Cependant, des divers travaux et communications produits dans ces derniers temps, il se dégage un certain nombre de conclusions que je résume ainsi, d'accord avec la pratique dont j'ai été témoin dans les hôpitaux.

Il est des cas où l'opinion générale des chirurgiens est unanime : nous voilà en présence d'une bourse percée de trajets fistuleux, le testicule est gros et bosselé, il forme masse avec l'épididyme qui offre aussi des noyaux, les uns durs, les autres pâteux, quasi fluctuants. Pour qui a suivi l'évolution de quelques uns de ces cas, l'intervention radicale se conçoit facilement. Car l'on sait les poussées aiguës répétées, les longues douleurs avant l'ouverture spontanée de l'albuginée, les suppurations interminables et leur effet démolissant sur le malade. Ici il n'y a qu'une indication : castration.

On ne va pas par ceci priver le malade d'un organe utile puisque non seulement le passage des spermatozoïdes ne peut se faire aux vésicules par suite de l'épididymite, mais même les bienfaits de la sécrétion interne ne sauraient être invoqués en face d'une glande aussi envahie par le processus tuberculeux. Donc castration avec résection le plus haut possible du cordon.

Même si à l'examen rectal la prostate montre des foyers secondaires, il n'y pas là contre-indication à l'opération si l'état général est bon. Car tous les chirurgiens ont constaté dans plus d'un tel cas, l'influence favorable de la castration sur une tuberculose pros-

tatique : peu à peu les foyers se résorbent et la prostate reprend son volume normal. C'est là un fait de constatation absolu et non pas rare.

Mais l'état général est-il mauvais, les lésions génitales sont-elles avancées et doubles, le poumon est-il pris d'un façon "manifeste," alors l'intervention radicale serait hors de fait.

Et pourtant il n'y a pas de règles absolues et le chirurgien devra s'inspirer ici comme ailleurs des indications et locales et générales. Ne voit-on pas souvent des lésions tuberculeuses pulmonaires évoluant de pair avec une suppuration interminable d'une ostéo-arthrite phimatense, s'améliorer jusqu'à la guérison à la suite d'une résection, ou mieux d'une amputation du membre. C'est bien là ce sur quoi insistait Bernier, à la dernière réunion de la Société Française de dermatologie et syphiligraphie, au cours de la discussion sur le traitement chirurgical du lupus.

Rien de fait n'égale les effets d'infection générale et de dépression morale produite par ces suppurations interminables, simplement tuberculeuses à leur début, mais qui ne tardent pas à devenir mixtes.

Schürer dans une étude d'ensemble met bien en lumière ce point important. Sur 149 observations de tuberculeux atteints à la fois de manifestations pulmonaires et périphériques, nous avons 60 cas où l'intervention a guéri le mal local, amené la disparition des accidents pulmonaires ou leur amélioration durable et fortifié l'état général.

La règle fixe? Evidemment il ne saurait y en avoir, et chaque cas porte ses indications propres. Pour Howard Marsh, il n'y a pas d'hésitation : il n'y a pas eu de preuve que l'opération d'une tuberculose locale ait activé les lésions viscérales, et alors "il ne se prive pas d'une intervention qui, dit-il, est exempte de danger et a souvent donné les plus beaux résultats."

Trélat a posé une formule à laquelle nous nous rattachons pleinement : "Lorsque chez un tuberculeux, l'une des localisations aggrave l'état général, il faut, si c'est possible, supprimer cette localisation par une exérèse ; si, au contraire, ce sont les lésions viscérales qui dominant la scène, il faut s'abstenir de toute opération ; mais la répartition de ces influences est toujours délicate, souvent difficile, parfois trompeuse."

Prenons maintenant les cas plus fréquents de tuberculose simplement épидидymaire. Ici, opinion en variantes.

Sommes-nous en face d'un noyau unique bien localisé, existant depuis un certain temps sans indication de poussée active, la pros-

tate paraissant saine et l'état général excellent, quelques uns se contenteront de l'expectation, tout en instituant un traitement général sérieux et complet. On n'oubliera pas le port du suspensoir.

La plupart cependant ajouteraient le traitement local par les injections dans le foyer de naphthol camphré. L'éther iodoformé à 10 0/0 prend plus les suffrages, car en foyer tuberculeux l'odoforme a une action vraiment encourageante. Quelques gouttes suffisent, injectées à la seringue de Pravaz : la réaction inflammatoire est un peu douloureuse mais ne tarde pas à s'apaiser.

J'emploierais volontiers le chlorure de zinc injecté non plus ici "en foyer tuberculeux, mais au pourtour," de manière à l'entourer d'une zone sclérogène. Le bilan des succès de cette méthode n'est plus à établir, et Lannelongue qui l'a préconisée en en fixant la technique en a aussi prouvé les effets curatifs en trop de cas si variés.

Mais avons-nous à traiter une lésion, qui bien que, uniquement épидидymaire est en évolution active, alors castration ou simplement épидидectomie ?

Par un assez curieux hasard, en même temps que vous souleviez ce point de tuberculose testiculaire à votre comité d'études, on en discutait aussi le traitement à la Société de Chirurgie, ici. J'y ai suivi le débat et décidément l'épididectomie est en faveur.

Régnier, qui a soulevé la discussion, veut plutôt la castration, mais ne refuse pas l'épididectomie si le noyau est net et bien limité. Berger, partisan aussi de la castration, allègue d'après son expérience qu'elle a une action protectrice préventive sur le testicule opposé.

Par contre, la majorité des chirurgiens français sont en faveur de l'opération partielle, et le testicule est-il constaté sain on se contente de l'épididectomie.

Dès 1891, Duplay s'inscrivait en faux contre la castration pour les lésions épидидymaires localisées. Tillaux partageait les mêmes idées. "On peut faire mieux encore que la castration, dit-il; lorsqu'un noyau tuberculeux est d'origine récente, unique, bien limité, contentez-vous de le réséquer."

Et les raisons invoquées ? Que l'ablation de l'épididymeseu le autant que du testicule a été suivie de guérison permanente ; que dans un certain nombre de cas, la castration pas plus que l'épididectomie n'a pu enrayer la marche de la maladie et protéger l'autre glande ; que la castration prive l'individu d'un organe qui, s'il n'a plus une fonction active en tant que pouvant servir à la procréation par suite de l'oblitération par épидидymite du canal déférent, tout au moins le laisserait puissant encore et lui conserverait sa sécrétion

interne ; parce que les cas ne sont pas rares où castrés d'un premier testicule les individus voient le second devenir malade, et alors aucune alternative, ce n'est plus qu'un châtré, un eunuque.

Reclus, dont l'expérience en affections des voies génito-urinaires n'est pas à dédaigner, a écrit, d'accord avec l'expérience de Forge, de Montpellier. "Aussi ne pratiquons-nous pas la castration hâtive pour la tuberculose, comme on enlève un sein atteint de cancer. Toutes les fois qu'on peut espérer l'évacuation assez rapide du foyer, ou son enkystement par une membrane scléreuse épaisse, nous nous abstenons. Et cela pour deux raisons : la première c'est que nous ne pensons pas que ce testicule soit dangereux pour son congénère intact et nous pourrions citer un grand nombre d'observations où un individu tuberculeux d'un épидидyme, a pu guérir et vieillir sans que l'autre glande se preune ; nous connaissons, d'autre part, des malheureux dont on a élevé un testicule et qui n'en ont pas moins vu la seconde glande envahie et nécessiter la castration. La seconde raison qui nous fait hésiter devant l'opération radicale c'est que les malades préfèrent un moignon de glande à une bourse vide, ne fût-ce que d'un seul côté, et qu'il ne faut les pousser à ce sacrifice que lorsqu'il est vraiment nécessaire. Telle est aussi l'opinion défendue par Guyon."

Bazy, Quénu, Delbet, Poirier, pour n'en citer que quelques uns ne veulent que l'ablation de l'épididyme, si seul il est atteint.

En regard de ces voix autorisées, si j'examine les détails de la communication de Kœnig, citée plus haut, et la pratique opératoire suivie à la clinique si bien installée de Kocher, de Berne, où tout se fait avec les constatations de détails et les observations minutieuses que l'on sait des services allemands, je vois que la castration est en faveur. Les bons résultats de l'épididectomie en certains cas sont reconnus, mais l'auteur préfère la castration comme plus certaine, "car, dit-il, au moment de l'opération, il est impossible de se prononcer par la palpation et la simple inspection du testicule si cette glande est encore saine ou déjà malade." Et ajoute-t-il même : la castration n'est pas contre-indiquée par l'existence d'une lésion tuberculeuse de la prostate ou des voies urinaires. Car dans ces deux cas, l'opération, tout en restant palliative, semble exercer une influence favorable sur les lésions de la prostate et des voies urinaires."

Et pourtant malgré l'opinion de Kœnig qui reflète l'enseignement et la pratique de Kocher, je me rattache à l'opération partielle, et partant conservatrice de l'épididectomie simple pour les cas de noyaux bien localisés.

En résumé : Si l'évolution date déjà d'un certain temps et évolue lentement, alors je tenterais tout d'abord les injections d'éther iodoformé, ou mieux le traitement par les injections de chlorure de zinc.

Si le processus est en activité manifeste, alors simple ablation de l'épididyme ; mais surveillance attentive du testicule pour les mois suivants.

Castration comme ressource ultime, en face d'une récidive ou d'une orchio-épididymite primitive, surtout fistuleuse.

Voilà où en est actuellement la question et la pratique que j'ai vue suivre ici dans les hôpitaux.

La thérapeutique est variée, comme l'affection elle-même présente des stades divers.

Paris, juin 1899.

Du traitement de la vulvo-vaginite des petites filles.—M. le Dr CLERC, de Saint-Lô, relate dans l'*Année Médicale de Caen* le cas d'une petite fille qui a eu une péritonite subaiguë consécutive à une vulvo-vaginite. Il fait suivre cette observation des conseils thérapeutiques suivants :

Il ne faut pas considérer cette vulvo-vaginite comme quantité négligeable ; il faut la soigner pour le présent, étant donné que c'est une maladie grave par ses conséquences prochaines et éloignées.

Le traitement sera d'abord et surtout un traitement local. On fera non seulement des lavages extérieurs avec une solution de permanganate de potasse au 1000e, mais encore, l'enfant étant dans la position obstétricale, des injections douces à l'aide d'une sonde en caoutchouc rouge de très petit diamètre. Ces injections sont répétées matin et soir et dans l'intervalle il sera bon d'isoler les plis vulvaires avec des tampons de ouate imbibés d'eau boriquée.

En général ces soins suffiront ; mais, comme le fait remarquer Marfan, il existe des cas rebelle qui nécessitent le changement de topiques, et qui exigeront successivement la solution d'un sublimé au dix-millième sans alcool, la résorcine à 1 p. 100, et le nitrate d'argent au trois-millième.

Curieux effet d'un coup de feu sur le crâne.—M. KRÖLEIN (Zurich).—Les coups de feu tirés de très près avec le nouveau fusil suisse ont pour effets habituels de désorganiser profondément le crâne et le cerveau. Voici un cas curieux qui se distingue de ce que l'on observe d'ordinaire.

Un soldat, pour se suicider, se tira un coup de ce fusil. On le retrouva avec le crâne fracassé et entièrement vide. Mais le cerveau se trouvait à deux pas du cadavre absolument intact, sans trace de passage de la balle, comme s'il avait été extrait dans une autopsie.

(L'Abeille Médicale).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC.

Séance du 22 Juin 1899.

Présidence de M. Vallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.
Correspondance et présentation d'ouvrages.

Des lettres de remerciements de MM. Hurd, Ritti et Villers, remerciant la Société de les avoir nommés membres honoraires.

M. Villers offre à la Société les travaux suivants :

Un cas d'atrophie musculaire progressive du type de Duchenne-Aran.

Le délire de persécution.

Pathogenie et pronostic du délirium tremens.

Contribution à l'emploi du Trional.

Quelques considérations sur le choix de l'emplacement d'un sanatorium.

Rapport de Candidature.

M. le docteur Guérin, de Montréal, membre du Conseil Exécutif de la Province de Québec, est nommé membre honoraire.

Election du Bureau de 1899-1900.

M. Burgess est élu président.

M. Villeneuve est élu vice-président.

M. Chagnon est réélu secrétaire général.

Rapport de MM. Villeneuve et Anglin sur la forme des certificats nécessaires à l'internement des aliénés.

Le comité recommande de remplacer les certificats actuellement en usage par les suivants :

FORMULE B.

Certificat Médical.

Je (1) de (2)
 comté de pratiquant habituellement la profession
 médicale, dûment autorisé, comme tel; déclare sous serment que je
 ne suis point parent ni dans les conditions prohibées par la loi
 concernant les asiles d'aliénés, avec les propriétaires de l'asile
 de (3) , ni avec (4) ni
 avec (5) que j'ai le (6)
 à (7) comté de , seul et à
 part de tout médecin pratiquant, visité et examiné personnellement
 le dit (8) que le dit (8) est
 aliéné et une personne qu'il convient de renfermer, et que j'ai formé
 cette opinion d'après les faits suivants, savoir :

*A. Symptômes et faits observés directement par moi-même lors
 de l'examen et constituant la preuve de folie, savoir : (9)*

*B. Informations qui m'ont été fournies par d'autres personnes,
 savoir : (10)*

Assermenté devant moi
 à
 le
 signature
 qualité (11)

Daté à
 le (12)
 Signature du médecin
 Adresse du médecin

(1) Nom et pré-noms du médecin.

(2) Domicile du médecin.

(3) Nom de l'asile où l'on veut placer le malade.

(4) Nom et pré-noms de la personne qui fait la demande d'admission.

(5) Nom et pré-noms de l'aliéné, dans le cas d'une femme mariée donnez ses pré-noms et nom de famille.

(6) Date à laquelle l'examen a été fait.

(7) Endroit où l'examen a été fait.

(8) Nom de l'aliéné.

(9) Si en aucun temps, antérieurement à cet examen, le médecin a observé les mêmes ou d'autres signes de folie, il peut les ajouter ici, à la suite, dans un paragraphe spécial, en donnant les dates.

(10) Le médecin doit donner les noms et pré-noms ainsi que les adresses des personnes de qui il tient ces renseignements.

(11) Juge de paix ou commissaire de la Cour Supérieure.

(12) La date est obligatoire.

N. B.—Le malade doit être transféré à l'asile dans les vingt jours qui suivent l'examen par le médecin signataire.

Dans les cas d'idiotisme ou d'imbécillité, constatez si l'idiot ou l'imbécile est dangereux une cause de scandale ou sujet à des attaques d'épilepsie, et mentionnez les faits qui établissent qu'il est dangereux ou scandaleux.

Dans les cas de démence sénile ou organique, constatez l'état physique du patient et s'il est dangereux ou scandaleux et mentionnez les faits qui établissent qu'il est dangereux ou scandaleux.

FORMULE C.

No..... ..

Annexe du Certificat Médical.

Nom de l'aliéné : _____
 domicile de l'aliéné : _____ comté de _____
 Informations requises dans le cas de demandes d'admission à l'Asile des
 Aliénés de _____

:o:

Les parents ou amis des malades dont l'admission est demandée (les Shérifs ou Géoliers pour les prisonniers atteints de folie) sont instamment priés de donner, avec l'aide du Médecin, des réponses claires et détaillées aux questions suivantes :—

1. Quel est l'âge du malade au meilleur de votre connaissance ?	1.
2. Est-il marié, veuf ou célibataire ? S'il est marié, depuis quand ? Combien a-t-il d'enfants ?	2.
3. Où demeurent ces enfants ?	3.
4. Où est-il né ?	4.
5. Ses père et mère vivent-ils encore ? Où demeurent-ils ? Quel est leur nom ?	5.
6. Dans quelle municipalité était-il au moment où il a été envoyé à l'asile ?	6.
7. Depuis quand reside-t-il en Canada ?	7.
8. Quel est son métier ou occupation, et, si c'est une femme ou un enfant, quel est celui de son père ou de son mari ?	8.
9. Quels sont ses moyens apparents de subsistance ? Ainsi que ceux des personnes obligées en loi à son entretien ?	9.
10. A quelle religion appartient-il ?	10.
11. A-t-il reçu une éducation supérieure ou élémentaire ?	11.
12. Cette attaque d'aliénation mentale est-elle la première ? Si non quand les autres ont-elles eu lieu et quelle en a été la durée ?	12.
13. Quand les premiers symptômes de la présente attaque se sont-ils manifestés ?	13.
14. Comment les premiers symptômes de la maladie se sont-ils manifestés ?	14.
15. Sur quel sujet porte le trouble mental et comment se manifeste-t-il ?	15.
16. Y a-t-il hallucination de la vue, de l'ouïe, du goût, du toucher ou du sens génital ?	16.
17. Le malade est-il porté à se faire du mal à lui-même et aux autres ? A-t-il commis des actes de violence ?	17.
18. A-t-il essayé de se tuer, et de quelle manière ? Cette inclination se manifeste-t-elle encore et comment ?	18.
19. Quelles sont ses habitudes quant au manger, au coucher, ou à la propreté ? A-t-il quelques mauvaises inclinations, telles que celles de déchirer ses hardes, de briser les vitres, meubles, mettre le feu, etc. ?	19.

20. Quels sont les membres de sa familles (y compris aïeux et cousins) qui ont été atteints de folie ou d'autres troubles nerveux tel qu'épilepsie, hystérie, tics, excentricité, névralgie, chorée, alcoolisme, etc. ? Si oui dites si c'est dans la ligne paternelle ou maternelle, dans chaque cas.	20.
21. Quelles sont ses habitudes quant à l'usage des boissons fortes, du tabac, de l'opium et autres narcotiques etc. ?	21.
22. A-t-il eu de graves maladies corporelles ? Epilepsie, éruptions, ulcères. écoulements supprimés ? A-t-il reçu quelques coups à la tête ?	22.
23. Quel est l'état physique actuel du malade ? S'il présente des infirmités, ou des maladies autres que la folie, veuillez le mentionner.	23.
24. Que suppose-t-on être la cause de cette attaque de maladie ?	24.
25. Le malade a-t-il déjà été traité dans un asile d'aliénés, si oui, quand, où et combien de fois ?	25.
26. Donnez l'adresse d'un proche parent, ou du curateur, ou d'un ami ainsi que le lieu de résidence, à qui l'on pourra s'adresser pour correspondre au sujet du malade.	26.

Daté à _____ le _____ 189

Toutes les réponses ci haut contiennent la vérité au meilleur de ma connaissance

Assermenté devant moi,

à _____

(Signature du médecin)

ce _____

M. D.

Signature _____

Adressé du médecin.

Juge de paix ou Commissaire
de la Cour Supérieure.

N. B.—Dans le cas d'un patient public, un seul certificat médical est requis, le même médecin devant signer les formules B et C.

Dans le cas d'un patient privé, deux certificats sont requis, un des médecins doit remplir une formule B et une formule C, l'autre médecin une formule B seulement.

La Société adopte ce rapport et décide d'en transmettre une copie à l'Administration, avec prière de bien vouloir y donner effet.

Observation d'un morphinomane accusé de vol.

M. VILLENEUVE.—J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'un morphinomane A. B., inculpé de vol devant une cour de justice et dont j'ai fait l'examen il y a quelque temps.

L'expertise de l'état mental de A. B. avait été ordonnée à la demande de personnes de sa connaissance, qui avaient représenté au

tribunal que A. B. était adonné à l'usage abusif de la morphine et qu'il était ainsi devenu morphinomane.

De ce chef, on alléguait qu'il pourrait bien être irresponsable ou seulement que partiellement responsable.

Je dois ajouter que A. B. était mal noté devant le tribunal et dans les cercles de la police.

Ainsi on m'informa qu'il avait déjà été impliqué dans une affaire de tentative d'extroquerie très compliquée. On me dit aussi qu'il ne menait pas une existence très laborieuse, que ses moyens d'existence n'étaient pas évidents, etc., etc. En somme on paraissait le considérer, non sans apparence de raison, comme un vulgaire criminel.

Cependant on n'avait jamais avant cette dernière affaire, la seule qui ait amené une arrestation, mis en doute ni la santé d'esprit, ni la responsabilité du prévenu. Aussi le tribunal se montra-t-il très sceptique à l'égard de l'allégation de ses amis.

J'en fus moi-même fort étonné, car je connais A. B. depuis plusieurs années, je l'ai eu souvent sous les yeux, je l'ai rencontré plusieurs fois et j'ai même quelquefois causé assez longuement avec lui. Je n'ai jamais rien remarqué d'anormal chez lui, ni même rien de particulier, dans son langage ou sa tenue, qui pût me faire douter de l'intégrité de ses facultés.

A. B. était accusé d'avoir dérobé des effets de commerce, chez un marchand. Antérieurement à son arrestation, il avait visité cet établissement, plusieurs fois et sous divers prétextes. Comme chacune de ses visites avait coïncidé avec la disparition de quelqu'objet, il était fortement soupçonné et on avait organisé à son égard une surveillance toute spéciale. L'arrestation avait été opérée dans le magasin. Il avait été surpris au moment où il cachait sous son pardessus un objet qu'il venait de s'approprier et avait été arrêté sur le fait. La matérialité du délit n'était donc pas douteuse, le tribunal en était convaincu ; il ne restait plus qu'à l'éclairer sur la responsabilité du prévenu.

Dans cette affaire c'est l'influence de la morphine surtout qui était en cause et c'est à ce point de vue que j'ai trouvé intéressant de rapporter l'observation.

En effet les psychoses, c'est-à-dire les perversions propres de l'intelligence qui constituent la folie, prêtent peu à la discussion. Elles sont ou elles ne sont pas. Que la maladie soit aiguë ou chronique, qu'elle se montre par paroxysme ou qu'elle soit permanente,

elle se manifeste par des symptômes particuliers, se constate par eux, et entraîne l'irresponsabilité. Il en est autrement des intoxications où les troubles intellectuels sont relatifs et n'apparaissent pas nécessairement, où les accès sont intermittents, séparés par des intervalles de lucidité complète, sous la dépendance de l'action ou de la privation de l'agent, et où la responsabilité est sujette à des appréciations diverses et subordonnée à d'autres questions que l'on peut appeler préjudicielles. C'est-à-dire, que dans le cas actuel, l'on pouvait se demander non-seulement si l'inculpé était aliéné, mais si ses facultés avaient subi un obscurcissement complet au temps de l'action de par le morphinisme et si c'est bien le morphinisme seul qui était en cause, c'est-à-dire s'il était ou n'était pas libre de ne pas se morphiniser? S'il s'est morphinisé en vertu d'une prédisposition spéciale, d'une impulsion irrésistible, d'un entraînement? S'il était en possession de son libre arbitre, lorsqu'il a succombé à son penchant?

Très souvent lorsque l'expert est appelé, les troubles sont disparus complètement ou atténués dans une large mesure. L'expert qui n'est plus un témoin ne dispose que de renseignements douteux, et son enquête rétrospective n'a pas la certitude que comporte une constatation directe.

En tenant compte de toutes ces difficultés, voici en substance le rapport que j'ai présenté au tribunal.

Chez A. B., l'abus de la morphine remonte à quelques années, mais n'est pas habituel. Il a déjà fait deux accès pendant lesquels il a été traité par un médecin et dont il a guéri grâce à ses soins. Il a alors présenté des symptômes de morphinisme grave, compliqués probablement par l'usage de la cocaïne : délire, hallucinations, et même tendance au collapsus, tellement qu'une fois le prêtre a été appelé à son chevet. L'accès actuel remonte à quelques mois, il a débuté par l'usage médical de la morphine au cours d'une affection chirurgicale, mais il n'a pas tardé à dégénérer en abus et s'est prolongé au-delà de la guérison de l'affection chirurgicale. Les deux accès antérieurs ont débuté dans des circonstances à peu près analogues.

Cet accès, d'après la déclaration de A. B. ne paraît pas avoir été aussi grave que les autres, dans les derniers temps, l'inculpé prenait six grains par jour, en deux doses. Il avait au cours de cet accès, mais antérieurement au délit, pris de plus fortes doses et avait éprouvé des symptômes d'intoxication : ivresse, hallucinations désagréables, de la vue, etc.

Depuis le moment de son arrestation, A. B. est privé de morphine, il présentait au moment où je l'ai examiné les phénomènes non douteux de la suppression brusque et de l'abstinence forcée de la morphine. Il était déprimé, faible, émotif, il éprouvait un sentiment de malaise et d'inquiétude, une sensation de vide dans la tête, des crampes et des douleurs dans les membres, il souffrait de diarrhée abondante, de sueurs profuses et d'insomnie. Tel est l'état dans lequel j'ai trouvé A. B. lors des visites que je lui ai faites à la prison où il est détenu.

En dehors de ces phénomènes il ne présentait aucun trouble mental proprement dit, pouvant indiquer chez lui l'existence d'une forme quelconque d'aliénation mentale, et il n'apparaît pas par l'examen que je lui ai fait subir, ni d'après ses antécédents, qu'il en ait jamais présenté à aucun moment de sa vie.

A. B. n'est donc pas aliéné actuellement et tout porte à croire qu'il ne l'a jamais été.

Tout se résume donc à l'appréciation de l'action que le morphinisme a pu exercer sur son intelligence et sa responsabilité, d'une manière générale et particulièrement au moment où le délit a été commis.

Or voici, d'après un auteur, qui a écrit spécialement sur le sujet, les idées généralement reçues sur la morphinomanie ;

“ Le morphinomane arrive rapidement à commettre des actes indéliçats ou délictueux sans comprendre la portée de ce qu'il fait; il existe certainement chez lui, soit à une période avancée de l'habitude, soit au moment de l'abstinence, une diminution réelle du libre arbitre. La volonté paralysée cesse de se révolter contre certaines tendances vicieuses ou criminelles. Au point de vue de la responsabilité légale, il faut savoir pertinemment si le délinquant était à jeun de son stimulant, au moment du crime, ou non, et le degré de son habitude. Dans le cas d'intoxication morphinique prolongée, alors que l'imprégnation a altéré le fonctionnement cérébral, lorsqu'il est constaté qu'elle a créé un affaiblissement intellectuel et une diminution du sens moral, l'atténuation de la responsabilité sera admise comme une règle presque absolue.

“ Quand l'acte délictueux ou criminel sera le fait d'un morphinomane poussé par le besoin, etc., on le considérera comme une impulsion pathologique, et on accordera l'irresponsabilité entière. Dans l'état de délirium tremens morphinique, le morphinomane devra être considéré comme un véritable aliéné.”

Il est facile d'après ces données, d'apprécier la responsabilité de

A. B. Il est incontestable que le morphinisme n'a pas altéré l'intelligence de A. B. d'une manière permanente sa conversation est cohérente et rationnelle, les détails qu'il a donnés sur son existence sont précis et il m'a paru être aussi intelligent que la majorité des gens de sa classe, de son éducation et de sa profession.

A. B. est donc suffisamment intelligent pour apprécier d'une manière générale la valeur morale de ses actes et en connaître la responsabilité pénale. En dehors des phénomènes directement sous la dépendance de la morphine, il n'a jamais présenté aucun trouble intellectuel, A. B. n'est pas un aliéné.

Reste à apprécier l'effet de la morphine en rapport avec le délit incriminé.

Lors du délit incriminé A. B. n'était ni déprimé ni excité, rien d'anormal dans sa tenue, son maintien, ses discours n'a attiré l'attention. Il n'était donc pas en état de délirium tremens marphinique. D'ailleurs, d'après ses propres déclarations, il n'en avait pas eu d'atteintes depuis un certain temps avant son arrestation.

Il n'apparaît pas non plus qu'il fût inconscient. En effet, A. B. est accusé d'avoir dérobé certains articles de commerce, chez un marchand, à l'étalage intérieur. Des témoins oculaires attestent la matérialité du fait. A. B. donne une version identique de tous les incidents qui ont précédé, accompagné et suivi l'arrestation, contemporaine du délit, avec cette différence qu'il nie sa culpabilité. Il affirme que les objets que l'on a cru voir tomber de dessous son pardessus, lorsqu'on lui a commandé de l'ouvrir, sont tombés en réalité de la table à échantillons. Il y a là une divergence qui peut mettre en cause la véracité des parties, mais non pas la conscience du prévenu. En effet, il s'est parfaitement rendu compte de toutes les circonstances du fait, mais il les dénature pour tâcher d'établir son innocence. La conscience est la faculté qui permet à l'homme de prendre connaissance d'un fait au moment où il se passe. La mémoire est la faculté de se rappeler d'un fait, en le rapportant à l'époque à laquelle il a eu lieu. Mais la mémoire ne peut s'exercer qu'en autant qu'il y a eu connaissance, c'est-à-dire conscience du fait. Le prévenu se rappelle, donc il y a eu connaissance. Comme la connaissance implique la conscience, on peut affirmer que A. B. n'était pas inconscient lors du délit incriminé.

Le délit incriminé n'est pas l'acte non plus d'un morphinomane poussé par le besoin, il avait pris sa dose quotidienne de morphine, il était en état d'euphorie, c'est-à-dire de satisfaction. Il avait sur lui une certaine somme d'argent, il ne pouvait donc pas craindre de man-

quer immédiatement de morphine ; de plus, il était sur la fin de l'accès, le besoin était moins aigu, puisqu'il avait diminué considérablement de lui-même la dose qu'il prenait au début.

A. B. ne paraît pas avoir cédé en se morphinisant à un penchant irrésistible, puisque les accès ont débuté dans des circonstances fortuites à la suite de l'usage médical. La morphine n'a pas agi d'une manière spéciale, puisque les phénomènes toxiques ne sont apparus qu'à l'occasion de fortes doses et d'un usage prolongé.

Appréciant ainsi l'état mental du prévenu au point de vue spécial du morphinisme, il m'est impossible de conclure de ce chef l'irresponsabilité absolue.

Les amis du prévenu le représentent comme un déséquilibré, mais ils n'ont apporté à l'appui aucun fait probant. Il est bon de dire que les déséquilibrés versent facilement dans tous les accès et qu'ils sont les plus nombreux parmi les victimes des intoxications diverses.

Il semble que les conclusions suivantes se dégagent de l'étude que je viens de faire :

1° Rien ne prouve que le prévenu soit devenu fatalement morphinomane.

2° Il n'est pas démontré qu'il fût aliéné au moment du délit incriminé ni qu'il l'ait jamais été.

3° Il n'est pas prouvé non plus qu'il fût intoxiqué par la morphine au point d'avoir perdu conscience de ses actes.

4° L'acte qu'il a commis ne présente pas les caractères d'un acte pathologique.

Kraft-Ebing, dans son traité clinique de psychiatrie, dit : " Que le morphinique est un homme sans force de caractère, sans énergie, faible de volonté, un homme auquel il faudrait, *in foro criminali*, toujours accorder le bénéfice des circonstances atténuantes." C'est une opinion que l'honorable juge pourrait appliquer au prévenu dans l'application de la peine, sous le contrôle des renseignements judiciaires qu'il possède sur ses antécédents.

Il est certain que l'usage de la morphine abaisse plus souvent le ton moral de l'individu qu'il n'affecte son intelligence.

Je dois dire en terminant à l'honorable juge, qu'il a actuellement devant lui un malade et il est du devoir du médecin de réclamer pour lui la plus large part d'indulgence.

Comme conséquence du rapport, le tribunal a accordé au prévenu le bénéfice des circonstances atténuantes et ne lui a imposé qu'une peine légère.

Mal perforant buccal.

M. CHAGNON.—J'ai l'honneur de vous présenter un cas d'une affection décrite par M. Raoul Beaudet, sous le nom de "Mal perforant buccal." (Thèse de Paris, 1898). Cette maladie, d'une évolution plus ou moins rapide se caractérise essentiellement par l'ébranlement et la chute des dents, la résorption alvéolaire, l'ulcération gingivale, la perforation et parfois la nécrose du maxillaire. M. Beaudet ne rapporte que sept cas de perforation, dont trois lui sont personnels.

Depuis, M. Letulle a publié dans *La Presse Médicale* (2 avril 1898) une nouvelle observation de cette singulière affection.

Je me permettrai de vous résumer l'histoire du malade que j'ai eu l'avantage d'observer.

O... G... est actuellement âgé de 44 ans. Il y a près de dix ans, il aurait pris une syphilis, qu'il aurait traitée plus ou moins régulièrement. Deux ans plus tard il se mariait, et avait des enfants indemnes. Il ne faisait pas d'excès de liqueurs alcooliques. En juin 1895, il était admis à St-Jean de Dieu, présentant une excitation maniaque intense que nous avons traitée par l'alitement. Après deux mois, l'excitation disparaissait, et les symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale, jusque-là masqués par l'état maniaque, commencèrent à se manifester ouvertement : embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, idées de grandeur et de richesse, et couronnant le tout, un état démentiel.

La maladie poursuit son évolution sans incidents remarquables jusque vers septembre 1897. A cette époque, l'on attira mon attention sur l'état de son système dentaire. L'examen me fait voir que les deux incisives, la canine, les deux prae-molaires et la première molaire du maxillaire supérieur gauche sont très ébranlées, et je n'ai qu'à les cueillir. Toutes ces dents étaient absolument saines. L'ulcération, consécutive à la chute des dents, et qui intéresse en surface le bord alvéolaire, ne guérit pas. Vers la mi-septembre, se détache le séquestre que je soumets à votre examen. Comme vous pouvez le voir, le travail de résorption alvéolaire n'est pas encore très avancé. La voute palatine, constituant le bord antérieur du sinus maxillaire, fait aussi partie du séquestre, et il existait ainsi un large orifice de communication entre le sinus et la cavité buccale. Deux mois plus tard l'ulcération était cicatrisée.

Etat actuel.—A la mâchoire antérieure, toutes les dents sont saines, et il n'en manque aucune. Les deux prae-molaires et la canine

droites de la mâchoire supérieure sont cariées, les 2ème et 3ème molaires droites sont ébranlées, mais sont parfaitement saines. Il n'existe pas de pyorrhée alvéolaire. Il n'existe plus de trace de l'ulcération, moins cependant un petit point qui n'admet pas le stylet. Il est impossible de rechercher la sensibilité, vu l'état démentiel du malade, qui le rend incapable de comprendre les questions posées. L'état physique est encore bon. Il y a seulement faiblesse des jambes.

J'attirerai l'attention sur l'évolution rapide de l'affection : moins de deux mois après la chute des dents, se détachait le séquestre, ce qui expliquerait le degré peu avancé de résorption alvéolaire. Mais, d'un autre côté, la maladie continue sans aucun doute à évoluer, si l'on prend en considération que les 2ème et 3ème molaires gauches, et la 1ère molaire droite, sont actuellement ébranlées. Il sera, je crois, intéressant de suivre les étapes successives de cette affection.

E. P. CHAGNON.

Secrétaire.

Le tubage du larynx dans la clientèle privée.—Un certain nombre de médecins, tout en étant partisans du tubage, ne l'appliquent qu'autant qu'ils peuvent toujours se trouver à portée du petit malade, d'autres au contraire l'appliquent dans la pratique courante. De ce nombre est M. CASTELAIN, et la statistique qu'il a communiquée à la Société de Médecine de Lille est des plus encourageantes

Ses cas sont au nombre de 42, observés, presque tous dans la classe ouvrière où, par conséquent, il ne fallait pas songer à demander la présence continuelle d'un médecin. Or, jamais cependant le tube ne s'est oblitéré par les fausses membranes et les enfants n'ont jamais succombé à l'obstruction du tube. Une fois seulement, le tube a été rejeté, ce qui est un chiffre négligeable, lorsque l'on songe que chaque enfant a été au moins tubé trois fois. Sur 150 tubages, une seule fois par conséquent le tube a été rejeté.

(*L'Abeille Médicale*).

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 6 Avril 1899.

Présidence de M. Duhamel.

DEUX OBSERVATIONS DE

CHANCRÉS SYPHILITIQUES EXTRA-GÉNITAUX.

M. VALIN.

OBS. I.—M. X..., jeune homme de 22 ans, se présente à la consultation dermatologique, *stigmatisé* d'une syphilide papuleuse des plus classique et disséminée sur tout le corps, mais spécialement marquée à la face, surtout le front.

La couleur jambonnée, la petite squame couronnant la papule, la collerette épidermique entourant la papule, l'adénopathie et les lésions buccales concomitantes, la préexistence d'une roséole, c'était bien la manifestation non équivoque de la syphilis. Par acquit de conscience, je demandai au patient quelques renseignements sur le chancre qu'il devait avoir eu à la verge.

Grande fut ma surprise d'entendre dire par le malade qu'il n'avait pas eu de chancre à la verge. Mais lui dis-je, vous avez été dans une maison de femmes, ou vous avez eu des rapports avec une femme quelconque, dans ces derniers mois. Le malade m'affirma qu'il n'avait pas vu de femme. J'examinai attentivement la bouche pour tâcher d'y retrouver la trace d'un chancre, mais il n'y avait rien autre chose que les lésions secondaires, c'est-à-dire des plaques muqueuses.

J'étais un peu perplexe, lorsque tout à coup j'aperçus un bout de doigt enveloppé. Qu'avez-vous là, mon ami, lui dis-je? C'est une plaie, docteur, que j'ai depuis quatre mois, qui ne veut pas guérir, à cause de quoi on a voulu me couper le doigt à l'hôpital anglais. Il me raconta comment cette plaie lui avait été infligée.

Voici les faits. Un jour il se prit de querelle avec un ami dans un bar; dans la mêlée il se sentit mordre l'index par son adversaire, mais la morsure fut si rapide, si peu suivie de marque externe, sans perte de sang, sans pénétration des dents, qu'il n'y fit aucune attention. Trois semaines après un petit bouton, puis une ulcération gagnant en profondeur et en étendue, apparaissaient à l'angle de l'index. Cette lésion était un chancre syphilitique, j'ai pu m'en convaincre par une petite enquête faite au point de vue de la syphilis chez l'agresseur, qui au su et connu de tous ses amis, est un syphilitique avéré.

Cette lésion initiale était donc syphilitique et s'est comportée comme telle, étant suivie à l'échéance classique de roséole, plus

tard d'une dermatose papulo-squameuse caractéristique, et enfin de lésions buccales spécifiques. La dernière preuve se tire de la thérapeutique qui, en quelques huit jours, eut raison des papules, lesquelles commencèrent à pâlir et à s'affaïsser pour disparaître enfin.

Les enseignements à tirer de cette observation sont : que devant une *lésion ulcéreuse, obstinée, à la suite d'une morsure*, on doit penser à l'inoculation d'un virus spécifique et que l'on ne doit pas suggérer l'amputation. Cette observation nous apprend en outre, ou nous confirme, avec quelle facilité et quelle rapidité le virus syphilitique pénètre dans l'organisme. Dans les circonstances ordinaires de contamination, le contact est plus prolongé, puis les organes génitaux ont une texture plus délicate, l'épithélium de revêtement offre peu de résistance et ouvre facilement une porte d'entrée ; mais à bout du doigt, les tissus sont fermes, durcis par le contact répété, l'épithélium de la couche cornée est dur, résistant. Et pourtant, malgré la rapidité de contact et le peu de lésion faite par les dents, le virus déposé sur le doigt y pénétra avec une facilité étonnante et fit une victime de plus, avec cette différence que l'amour n'y a été pour rien et que pour une fois au moins, on ne peut l'accuser de trahison.

OBS. II.—La seconde observation, messieurs, est celle d'un jeune homme de 26 ans, *français* d'origine, se présentant à la consultation bien enveloppé pour protéger sa gorge qui était malade, disait-il, depuis un mois.

Le médecin qui traitait sa gorge, (avec un diagnostic d'amygdalite), m'adressait le malade à cause d'une lésion à la peau, située sur le menton, au bas de la commissure labiale gauche et qui s'obstinait à ne vouloir guérir. Etant donné la valeur scientifique du médecin qui m'adressait ce malade, j'aurais pu facilement m'en tenir à son diagnostic et ne m'occuper que de la lésion de la peau.

Mais, par curiosité scientifique je me suis permis d'examiner la bouche et la gorge du malade, autorisé du reste par le fait, que la dermatologie n'est pas une spécialité absolue, car elle a des rapports nombreux et étroits avec la pathologie générale. Or, ma curiosité fut récompensée. Je remarquai d'abord des plaques muqueuses sur les lèvres, les joues vis-à-vis les molaires, sur les amygdales qui étaient gonflées. Il y avait adénopathie sous-maxillaire gauche, c'est-à-dire du côté de la lésion, céphalée intense nocturne.

La syphilis sautait aux yeux, n'est-ce pas ? Et pourtant il n'y avait pas de chancre à la verge. Comme il me fallait une lésion initiale pour expliquer ce syndrome syphilitique, je cherchai minutieusement sur d'autres parties du corps.

La lésion dermique au menton était-elle la lésion initiale spécifique, c'est-à-dire le chancre ? Cette lésion, défigurée par les traitements antérieurs et encroutée par des applications diverses, ne pouvaient me fournir des éléments bien nettement dessinés pour le diagnostic. Je pris le parti de nettoyer la lésion par l'application d'un cataplasme d'amidon boriqué.

Quand le malade revint à la consultation, la lésion se montrait dans toute sa vérité et c'était le plus beau chancre syphilitique

qu'il m'ait été donné de voir. Les bords étaient surlevés, durs, cartilagineux, il n'y avait plus de douleur, ni hémorrhagie, il était taillé en puits, le fond grisâtre; il a pris un mois à guérir, laissant une induration de couleur jambonnée. C'était bien donc un chancre syphilitique, à mi-chemin entre la commissure labiale et le bord inférieur du maxillaire. Même avant d'avoir vu la lésion initiale dans sa nudité, j'aurais fait le diagnostic de syphilis par la présence d'un autre symptôme très important que je fis remarquer au Dr Gagnon, médecin interne, et qui n'avait eu aucune signification propre pour le médecin qui traitait le malade depuis un mois. Je veux parler de la *céphalalgie*.

Le malade accusait un mal de tête constant, *s'aggravant la nuit*, mal de tête atroce, lourd, obstiné, résistant à tous les médicaments ordinaires.

Messieurs, l'autre jour j'ai eu l'occasion de vous dire, et d'appuyer là-dessus, combien j'étais étonné que cette céphalalgie spécifique, ayant des caractères pourtant bien suggestifs, eut passé inaperçue à plusieurs médecins. Laissez-moi encore appuyer sur ce fait, puisque l'occasion se présente à nouveau de profiter de l'erreur d'un confrère qui n'a pas eu le moindre soupçon devant cette céphalalgie, laquelle est pourtant un bon signe révélateur.

Maintenant, messieurs, autre question, comment ce chancre aurait-il élu domicile à cet endroit. Le malade raconta que s'étant fait faire la barbe, le rasoir du barbier lui coupa un petit bouton qui se trouvait à cet endroit et il remarqua, quelques jours après, que le petit bouton ainsi traumatisé ne guérissait pas, mais au contraire s'agrandissait. Serait-ce, messieurs, une inoculation de la syphilis par le rasoir du barbier? cela est bien possible. Cependant, il y a une autre explication qui me paraît aussi plausible.

Quelque temps après que ce malade fut venu à ma consultation, je fus demandé auprès d'une demoiselle demeurant dans une pension modeste de la rue Ste-Catherine. Celui qui m'ouvrit la porte était *mon français* sujet de cette observation; il me faisait demander pour son amie, malade de grippe, disait-il. Or, j'appris d'elle-même qu'elle était syphilitique depuis un an. Elle avait des fissures, des rhagades aux commissures labiales, et aux parties latérales de la langue profondément. Elle avait en outre des plaques muqueuses sur la muqueuse des *lèvres vulvaires*. Je crois donc que l'amie a pu être la source où il a puisé la syphilis. Le bouton traumatisé, porte ouverte à l'infection, a probablement recueilli l'hôte virulent, caché sous un baiser. Mais on pourrait donner encore une autre explication.

Vous savez, messieurs, que quelques amoureux, voulant laisser les sentiers battus dans l'art de faire l'amour, et trouvant le procédé de notre grand père Adam par trop vieilli et usé, changent de pôles et vont déposer leurs baisers amoureux loin de la bouche, sur des organes accoutumés à d'autres caresses. Eh bien! mon client était un de ces amoureux désabusés du système vieux jeu et enthousiaste du procédé fin de siècle. Or, le jour même qu'il se fit raser, pour paraître plus beau devant sa belle, il exposa sa bouche et les alen-

tours aux baisers de lèvres traîtresses. Ainsi il est parfaitement plausible que le petit bouton dénudé ait été contaminé de cette façon, et ce n'est pas certes banal que de faire connaissance avec la syphilis de cette manière.

Maintenant, messieurs, cette observation n'est pas seulement intéressante par le procédé peu banal d'inoculation, mais encore par les enseignements qui en découlent. Si vous êtes d'avis plutôt que l'inoculation s'est faite par le rasoir, cela fait ressortir le danger que nous courons tous dans les salons de nos figaros et la nécessité qu'il y aurait à forcer ces derniers par la persuasion ou la loi à être instruits sur la prophylaxie dans leur métier. À ce sujet, je vous dirai, que sur la pression de mes conseils, nous avons déjà à Montréal un salon de toilette aseptiqué et antiseptique, où les rasoirs et peignes sont bien désinfectés à la formaline, les brosses également désinfectées par les vapeurs de formaline, où la houe est remplacée par un tampon de coton absorbant, la savonnnette trempée dans l'eau bouillante, entre chaque client, où le morceau d'alan encore teint du sang d'un client traumatisé n'est pas promené et frotté sur un autre client également écorché par le rasoir.

Evidemment, on ne peut exiger chez nos figaros les minuties et l'exactitude des médecins, mais c'est déjà beaucoup que de diminuer à ce point les sources de contagion et les véhicules de germes dangereux. La première de ces deux observations prouve avec quelle facilité et avec quelle rapidité le virus syphilitique pénètre dans l'organisme.

Maintenant, messieurs, autres considérations.

Il y a intérêt à ne pas se laisser surprendre par les chancres extra-génitaux. Et d'abord, ils ne sont pas aussi rares qu'on est porté à se l'imaginer. M. Fournier fixe à 9 et même 10 pour 100 le nombre des chancres extra-génitaux. Vous le voyez, leur proportion est assez grande pour qu'ils méritent notre attention. Et, soyons avertis, messieurs, que le chancre syphilitique extra-génital peut élire domicile sur n'importe quelle partie de notre corps : le chancre peut se loger sur les lèvres, sur la langue, les amygdales, genèrives, narines, œil, menton, visage, cou, tronc et membre, sein, anus, etc. Il suffit de nommer ces différentes localisations pour prévoir facilement le mode de contagion ; pour le visage ce sera le rasoir, un baiser, une morsure ; au sein ce sera la succion ou l'allaitement ; à l'amygdale, ce sera la dérogation au mode ancestral de se faire l'amour. Le chancre amygdalien n'est diagnostiqué que depuis dix ou quinze ans ; avant cette époque il recevait de fausses étiquettes. C'est surtout M. Fournier qui l'a fait reconnaître.

Pour le diagnostic des chancres extra-génitaux, il y a intérêt, messieurs, à vous rappeler que ce chancre extra-génital diffère beaucoup par sa morphologie, selon le tissu sur lequel il s'implante. Nous sommes tellement habitués à ne penser qu'à la description classique, que nous sommes complètement déroutés et éloignés du diagnostic quand cette morphologie classique ne se présente pas toute entière sous nos yeux.

Je n'ai pas l'intention d'allonger outre mesure les enseignements

déduits de ces deux observations, qu'il me suffise de vous dire pour votre édification, que le chancre syphilitique peut s'éloigner de son type normal classique pour adopter une polymorphie imposée par le tissu qui lui donne asile, et que souvent des difficultés de diagnostic surgiront à cause de la ressemblance avec telle ou telle autre lésion. Ainsi, à l'amygdale, le chancre peut prendre la forme ulcéreuse, érosive, angineuse, diphtéroïde, gangréneuse; à la langue, la forme érosive, ulcéreuse, fissuraire (chancre en rhagade), chancre scléreux, qu'on pourra confondre avec leucoplasie, hydropa, syphilides secondaires, épithéliome, glossite-scléreuse; aux lèvres, où les formes érosive, crouteuse, papuleuse peuvent simuler l'herpès, la forme hypertrophique pouvant simuler l'épithélioma si fréquent en cet endroit. Faut-il vous avertir encore, messieurs, que le chancre labial peut être très petit, le *chancre nain*: au visage, où le chancre prend plutôt la forme crouteuse, (comme dans cette observation) la forme de plaie à découvert, les formes érosive, ulcéreuse, une variété hypertrophique *chancre en cabochon*, en plateau, selon l'expression de M. Fournier. Ces formes crouteuses font prendre le chancre spécifique pour de l'eczéma, de l'impétigo, l'ecthyma, un furoncle, voire même l'épithéliome. C'est ce qui a eu lieu, messieurs, dans le cas de cette observation; le chancre avait l'apparence d'une lésion ulcéro-crouteuse de la peau; c'était un chancre *en cabochon*, et certes je serais prêt à absoudre le médecin qui ne fit pas le diagnostic, qui, croyant avoir affaire à une lésion obstinée de la peau, adressa le cas à quelqu'un plus compétant sur la matière. Et d'ailleurs faut-il toujours excuser les médecins qui perdent leur latin devant un cas même simple de dermatologie, parce que l'on sait si bien que cette partie de la science médicale est traitée en paria par la Faculté.

Cependant, messieurs, ayant ces connaissances élémentaires, je soupçonnai immédiatement le chancre spécifique pour deux raisons: à cause de l'*adénopathie* considérable du côté de la lésion et à cause de la *céphalée à prédominance nocturne*. Enfin le soupçon fut changé en certitude après avoir forcé la lésion à se montrer dans toute sa nudité vraie. *L'adénopathie concomitante, l'induration de la lésion, voilà, messieurs, deux éléments précieux de diagnostic.*

Il ne faut pas négliger de chercher d'autres signes et comprendre leur signification v. g. la *céphalée*, la courbature, la fièvre, la chute des cheveux, la roséole, etc.

Enfin, une autre considération que me suggère cette observation, c'est que ce malade, ce syphilitique ignoré, est allé se faire extraire une dent pendant qu'il avait de l'alvéolo-périostite et des lésions buccales spécifiques. Je me demande avec frayeur si nos dentistes peuvent donner des points à nos figaros et si l'instrument qui a pénétré dans cette gencive remplie de pus et de sang syphilitisés n'a pas transmis le germe terrible à d'autres malheureux. Que cet accident soit rare et rarissime, je l'espère et j'en conviens, mais qu'il soit possible, j'en suis sûr. Les dentistes, n'étant pas instruits, au moins tous, sur la question si importante de l'asepsie et l'antisepsie, traitent-ils leurs instruments comme il convient? Je voudrais dire oui, mais je sais fort bien que les dentistes connaissant ces choses et les met-

tant en pratique constituent de belles et rares exceptions. Et pourtant je ne connais pas d'être plus digne de compassion que celui qui est victime innocente de la syphilis, maladie horrible qui accomplit la déchéance non seulement de l'individu, mais encore de la famille et de la société.

Tremblons et soyons sur nos gardes, nous-mêmes médecins, car la syphilis, sous la forme du *chancre professionnel*, nous guette, même dans l'accomplissement de notre devoir et la sublimité de notre dévouement.

Séance du 13 Avril 1899.

Lecture d'un Travail.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE (Suite).

M. LESAGE, de la Faculté de Médecine de Paris.

J'arrive à un chapitre intéressant et connu de tous, je veux dire le séro-diagnostic.

Séro-diagnostic :

Il y a bientôt trois ans, (1) M. Widal faisait à la Société médicale des hôpitaux de Paris une retentissante communication dans laquelle il disait que, désormais, l'on pourrait diagnostiquer une fièvre typhoïde par le seul examen d'une goutte de sérum ou du sang du malade, en recherchant si cette goutte de liquide organique agglutine le bacille d'Eberth en culture pure. Le laboratoire confirmait une fois de plus *la nécessité de son existence à côté de la clinique*, et les résultats merveilleux auxquels il faut s'attendre de lui dans l'application au lit du malade de procédés si ingénieux, conçus par des esprits ouverts à tous les progrès, et remplis d'espoir devant les horizons infinis que la science a créés de toutes pièces par ses aspirations nouvelles, dont quelques unes sont marquées au coin du génie le plus pur !.....

La découverte du séro-diagnostic doit marcher de pair avec celle du diagnostic bactériologique de la diphtérie et de la tuberculose; plus que cela, il ne s'agit plus ici de dire : voici le germe, cause de la maladie, mais bien de déceler, dans l'intimité même des tissus, les transformations subies par les humeurs, du fait de l'infection... ..

Des travaux féconds et silencieux avaient précédé l'époque de cette découverte tout en lui préparant la voie. MM. Charrin et Roger en 1889 constatèrent les premiers, dans leurs intéressantes études sur le bacille pyocyanique, que ce dernier se prenait en amas lorsqu'on le mélangeait à une certaine quantité de sérum d'animaux immunisés contre ce même bacille : ils en conclurent que ce phénomène indiquait une réaction de défense de la part de l'organisme.

Plus tard, en 1891, MM. Metchnikoff, Issaef et Ivanoff firent les mêmes expériences sur le pneumocoque, *in vitro*, mais ne donnèrent aucune conclusion.

(1) 26 Juin 1896.

Nous arrivons en 1894, époque à laquelle apparaît Pfeiffer ; c'est la plus féconde, car les expériences, portant sur le vivant, (*in vivo*) deviennent ipso facto plus concluantes. Le savant allemand démontre par des essais dans le péritoine des cobayes que le vibrion du choléra et les bacilles de plusieurs maladies, notamment celui d'Eberth, sont détruits par les sérums de ces mêmes animaux immunisés contre ces bactéries ; il attribue ces réactions particulières à certaines antitoxines jouissant de qualités spéciales à chacune d'elles, et il en conclut qu'il est possible d'appliquer ces connaissances nouvelles au diagnostic différentiel de ces mêmes bactéries par l'action sur elles des sérums spécifiques. Ces expériences avaient été poursuivies *in vivo* exclusivement. Il eut des collaborateurs dans plusieurs autres savants allemands dont les noms sont Löffler, Abel, Kolle, etc.

Nous arrivons en 1895. M. Bordet, de l'Institut Pasteur obtint la même réaction *in vitro*. Il explique d'une façon très détaillée le moyen d'obtenir le phénomène de l'agglutination dans les sérums spécifiques dilués ; il identifie ce phénomène à celui déjà connu de Pfeiffer, *in vivo*, et imagine de remplacer ce dernier par celui plus commode, qu'il préconise, à savoir, l'agglutination *in vitro*

L'année 1896 est remarquable par les communications d'un savant autrichien, Grüber, en collaboration avec Durham, et les retentissantes polémiques qu'il soutint contre Pfeiffer à propos de la question de priorité. Toutefois la question dogmatique était différente car elle reposait sur une interprétation également différente du phénomène agglutinatif. Grüber disait : "l'intensité de l'action des sérums *in vitro* est complètement parallèle à l'efficacité protectrice du sérum correspondant." Pfeiffer, au contraire, disait : il faut séparer l'action *in vitro* de l'action *in vivo*. Tandis que dans la première, l'agglutination ne peut s'expliquer que par un arrêt de développement, dans la seconde, il faut la comprendre par la formation de certains produits bactéricides appelés "antikörper," et ces substances agglutinantes n'ont aucun rôle dans l'organisme. Je n'entreprendrai pas de discuter l'opinion de ces deux savants, les sociétés scientifiques du monde entier ont fait justice de certaines erreurs d'interprétation et je crois que toute la vérité se fera jour d'elle-même dans l'exposé des faits qui vont suivre.

Enfin, en juin 1896, M. Widal montrant que la séro-réaction existe chez les typhiques au début prouvait par des travaux sérieux, que le phénomène de l'agglutination devait être interprété non pas comme une réaction d'immunité mais bien plutôt comme un réaction de la période d'infection.

Quelques semaines plus tard des communications, confirmant l'excellence de la méthode, étaient faites dans les différentes sociétés savantes auxquelles sont attachés les noms de Rendu, Dieulafoy, Courmont, Arloing, Nicolas, Achard, Bezançon, Griffou, etc... Je ne veux pas m'étendre plus longuement sur la genèse première des idées qui se sont fait jour au sujet de l'agglutination des microbes ; ce serait entamer des discussions inutiles sur des problèmes qui attendent encore une solution. Les détails donnés plus haut suffiront,

je pense, à la compréhension de ce qui va suivre : aussi je vous demande la permission de tourner la page.....

Le phénomène de l'agglutination.

Tout le phénomène de l'agglutination réside dans l'expérience suivante. Si, à un bouillon de culture pure de bacille d'Eberth, on ajoute une goutte ou plusieurs gouttes de sang ou de sérum d'animal immunisé contre ce même bacille, on voit les bacilles s'immobiliser et se grouper en *amas*. A l'œil nu, *macroscopiquement*, on voit le liquide se clarifier et les bacilles tomber en petits flocons au fond du tube d'essai. *Microscopiquement*, on voit les bacilles perdre peu à peu leurs mouvements, se grouper en amas et se fixer dans une immobilité absolue. Ce phénomène primordial a été reproduit par M. Widal avec du sérum de typhiques à la période d'état, et, de là, appliqué au diagnostic précoce et différentiel de cette affection. On a tenté plusieurs théories pour expliquer ce phénomène de l'agglutination, on a voulu faire intervenir un gonflement de leur membrane (Grüber) ou encore une paralysie d'ordre spécial (Pfeiffer), mais, outre que la première n'explique rien, la seconde ne vaut guère mieux, attendu que M. Widal a signalé l'agglutination des microbes *morts*, par conséquent qui ne peuvent plus être paralysés.

Ces notions biologiques sur le bacille d'Eberth ont servi à établir son identification bactériologique et clinique.

An point de vue bactériologique, à savoir : reconnaître le bacille d'Eberth parmi beaucoup d'autres, grâce à l'action agglutinante d'un sérum spécifique sur ce microbe, MM. Grüber et Durham l'ont établi par leurs travaux. Mais, où la discussion s'est prolongée, c'est lorsqu'il s'est agi de savoir s'il n'y avait que le bacille d'Eberth qui fût agglutiné par le sérum des typhiques, et d'autre part, s'il n'y avait que le sérum d'un typhique qui agglutinait le bacille d'Eberth; en un mot c'était la question de la *spécificité de la réaction agglutinante sur le bacille d'Eberth*. La vieille discussion sur l'identité du coli et de l'Eberth reprit avec une nouvelle ardeur, les uns affirmant que le coli donne une réaction identique, les autres, pas..... (Rodet, Gilbert, Fournier, Achard, Bensaude, Courmont, Widal et Sicard, Vandeteldo, Stern)..... Mais si les opinions des auteurs ci-dessus nommés ont différé sur ce point, il semble que la grande majorité penche en faveur de la spécificité de la réaction. Et si MM. Roux et Rodet ont voulu, dans le temps, identifier cette réaction de l'Eberth à celle du coli, douteuse pourtant, M. Widal en a donné une explication que je cite textuellement :

“ Lorsque, sous l'influence d'une infection le sérum d'un animal devient agglutinant pour le microbe infectant, cette action agglutinante, si elle manquait à ce sérum quelques jours auparavant, est spécifique pour ce microbe..... ”

“ Le microbe inoculé a impressionné de telle façon le sérum de l'animal, que ce sérum, mis en présence d'un microbe de même espèce, reconnaît ce microbe et témoigne de sa spécificité par la réac-

tion agglutinante. Par contre, il reste, en général, sans action sur le microbe d'espèce éloignée.

“ Bien plus, le sérum est tellement marqué au sceau de l'infection que, mis en présence d'espèces voisines..., il trahit leur communauté de race par une réaction agglutinante qui semble parfois presque proportionnelle à leur degré de parenté.” (1)

Mais cette question en soulevait une autre, à savoir :

Des échantillons différents d'Eberth présentent-ils des différences marquées dans leur agglutination par le sérum des typhiques.

Les mêmes auteurs, tout en différant d'opinions, pour quelques uns, sont d'avis, pour la plupart, que tout échantillon d'Eberth peut servir au séro-diagnostic, mais conseillent de se servir de préférence du même échantillon pour éviter certaines erreurs d'interprétation dans les résultats.

Technique.

Deux procédés surtout sont d'emploi courant. Par le premier, on ajoute à un bouillon de culture stérile une faible proportion de sérum spécifique ; en même temps, on ensemence le milieu avec le bacille d'Eberth, la culture se fait alors en grumeaux qui tombent au fond du sac, le liquide restant clair.

Par le second, on ajoute une certaine quantité de sérum ou de sang à un bouillon de culture préalablement ensemencé avec le bacille d'Eberth ; on voit alors, après un temps variable, les bacilles se précipiter au fond du vase où ils forment des amas semblables aux précédents.

L'emploi des bacilles morts peut également donner la réaction agglutinante. M. Widal conseille de les tuer avec du formol ; ce procédé a l'avantage de procurer des milieux qui peuvent être transportés et employés à distance. On emploie également le sang desséché. MM. Widal et Sicard en signalèrent les avantages incontestables à la société médicale des hôpitaux à Paris, en juillet 1896 et en janvier 1897. Plus tard, MM. Johnston et M. Taggart (2) ont employé sur une large échelle cette dernière méthode de sang desséché adressé de tous les points de la province. Ils ont surtout essayé d'utiliser ce procédé en médecine légale à l'effet d'établir une fièvre typhoïde présente ou passée par l'examen d'une tache de sang quelconque.

Mode d'emploi.

Il suffit de laver simplement, sans antiseptie qui pourrait gêner la réaction, le bout du doigt du malade, de le piquer légèrement, de recueillir le sang dans un tube en verre bien propre, (la stérilisation n'est pas indispensable) et d'attendre que, le caillot se formant, une ou deux gouttes de sérum puissent être recueillies pour servir à la réaction désirée. On peut envoyer à distance ces mêmes tubes, bien bouchés et cirés.

(1) Widal.—Annales de l'Institut Pasteur, 25 mai 1897.

(2) Presse médicale, oct. 1896.—New-York Medical Journal, jan. 1897. British Medical Journal, dec. 1896.

L'emploi des cultures demande certaines précautions qu'il est utile de connaître : ainsi, il faudra se servir de préférence de cultures *saines*, en ayant bien soin d'en examiner une goutte pure au microscope *avant* tout essai pour se convaincre qu'il n'a pas eu d'amas spontanés.

Les proportions qu'il faut observer ont été données par M. Widal dans sa première communication. Il conseille de prendre *une goutte* de sang ou de sérum pour dix gouttes de culture. On s'est bien trouvé, en général, de ces proportions ; mais pour éviter tout doute avec ce que l'on appelle les *pseudo-réactions* qu'il est possible d'observer avec les sérums de certaines maladies infectieuses, on a imaginé d'étendre le pouvoir agglutinant du sérum typhique : ainsi après avoir fait un mélange à 1 pour 10, on en fait un second à 1/20 et un dernier à 1/50, à ce titre il n'y a que le sérum d'un typhique qui puisse donner la réaction classique ; le doute n'est plus possible. Une fois le mélange opéré, on laisse reposer un temps variable, depuis quelques minutes jusqu'à *deux heures*. Un premier examen négatif après quelques instants de repos, doit être repris après deux heures, car il arrive que, pour être à la fois positive, la réaction soit tardive, surtout dans les premiers jours de la maladie. L'examen à l'œil nu ne suffit pas, il faut la contrôler par le microscope : après la mise au point nous constatons de deux choses l'une ; ou bien les bacilles sont libres et ont conservé tous leurs mouvements et alors la réaction est négative, ou bien ils se sont pris en petits amas dispersés çà et là sur le champ d'observation, fixés dans une immobilité absolue et alors la réaction est positive ; voilà la formule classique. Mais entre ces deux extrêmes il y a des transitions qu'il faut connaître. Ainsi, la réaction sera positive si à une *majorité d'amas*, il y a *quelques* bacilles mobiles ; elle sera douteuse si, à quelques *rare*s amas, il y a quantité de bacilles mobiles. En un mot c'est affaire d'expérience et de comparaison ; et si je me permets de signaler ces détails, c'est afin d'y penser à l'occasion. L'emploi du sang frais peut ne donner aucun résultat après deux heures de repos, on y trouve des globules sanguins en abondance, mais pas un bacille ni un amas ; ce n'est qu'en triturant le petit caillot formé au fond du tube que l'on distingue quelques amas englobés entre les globules.

“ Nous considérons ces résultats et la constatation d'une absence totale de bacilles dans les préparations comme un résultat positif, même s'il n'y a plus d'amas. Nous n'avons encore vu qu'avec le sang des typhiques se produire cette véritable destruction des bacilles d'Eberth.” (Coarmont)

Valeur clinique.

Il me sera facile d'établir en toute évidence que la valeur clinique du séro-diagnostic est indiscutable. La preuve de son efficacité est faite depuis longtemps déjà, et s'il me fallait analyser tous les travaux qui ont été publiés sur cette question, vous seriez les premiers à demander grâce devant l'abondance des documents.

Cependant, je donnerai quelques statistiques qui ne manqueront pas de vous intéresser.

En France, les plus importantes sont celles de MM. Widal et Sicard (1), Hans Chalter (2), Millières et Battle (3), Catrin (4), Courmont (5).

En Canada, nous avons les statistiques de MM. Wyatt Jhonston et M. Taggart (6).

En Allemagne, nous avons les travaux de MM. Stern, 1896, Von Headke, 1897, Fraenkel, 1897, Pick, 1897.

En Russie, des travaux importants ont été faits sur la même question par Spiridonoff, déc. 1896, Kolli et Kissel, nov. 1896, Siniew, 1896, Mannonoff, déc. 1896.

En Belgique, Pechère, 1896, Mills, 1896, Beco, 1896, firent également des recherches dans le même sens.

Tous ces travaux confirmèrent en tout point les recherches de M. Widal, et, si quelques auteurs ont publié des observations de fièvre typhoïde sans réaction agglutinante (Achard, Ferrand, Du Mesnil, Rochemont, Beco) ou de fièvre quelconque avec agglutination, M. Widal en a fait justice dans une étude approfondie qu'il a publiée sur ce sujet le 25 mai 1897 dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, où il est question de tout ce qui concerne le "critérium du séro-diagnostic."

Afin de schématiser, pour ainsi dire, les résultats cliniques sur ce point, j'emprunterai à l'école de Lyon (7) une statistique extrêmement instructive.

Sur un total de 257 typhiques examinés aux différentes phases de la maladie, voici à quel résultat l'on est arrivé :

Au début ou à la période d'état.—À cette phase de la maladie 183 malades ont été soumis à l'examen. Sur ce nombre, 14 ont donné la réaction dans les premiers six jours. 45 dans le cours des 7^e au 8^e jour, 82 cas du 8^e au 15^e jour, 42 cas du 15^e à la fin de la maladie. Sur ce nombre 10 ont donné une réaction négative au premier examen qui est apparue dans la suite après un espace de temps variant du 6^e au 15^e jour après le premier essai.

Dans trois cas la réaction a été négative alors que le diagnostic clinique était dothiéntérie. Deux de ces cas n'ont pas été observés suffisamment pour permettre une conclusion sérieuse; le dernier n'a donné aucune réaction durant tout le cours de la maladie alors que le diagnostic du professeur Renaut était fièvre typhoïde : la ponction de la rate a été également infructueuse au point de vue du résultat. Il est permis de penser que chez ce malade, comme chez le malade

(1) Presse Médicale 1896-97.—Ann. Inst. Pasteur, 25 mai 1897.

(2) Presse Médicale, 8 août 1896.

(3) Presse Médicale, octobre 10, 1896.

(4) Presse Médicale, octobre 17, 1896.

(5) Soc. Biologie, juillet 1896.—Mai 1897.—Presse Médicale, jan. 1897.

(6) Presse Médicale, 19 déc. 1896.

(7) Paul Courmont.—Le séro-pronostic, 1897.

que Widal a rencontré sur les 163 malades qu'il a examinés, l'on avait probablement affaire "à une affection non éberthienne évoluant sous le masque de la dothiénterie classique."

Après la guérison : Les examens faits à différentes époques et durant les premiers mois qui ont suivi la guérison ont permis de tirer les conclusions suivantes : en règle générale, les propriétés agglutinantes du sérum persistent durant trois et quatre mois chez l'adulte guéri ; au contraire, elles disparaissent très vite chez l'enfant et il devient très difficile de la retrouver après le deuxième mois. Je dois ajouter, cependant, que des malades guéris de leur fièvre typhoïde depuis huit mois et même un an ont donné la réaction agglutinante

Après cette statistique, (et il y en a tant d'autres) il est évident qu'il faut conclure à l'utilité du séro-diagnostic et même on est en droit d'affirmer qu'il est indispensable dans certains cas que l'on rencontre fréquemment en clinique. Ainsi, comment faire un diagnostic certain de dothiéntérie dans les formes *anormales* de cette affection ; dans les formes *méningétiques*, les formes *abortives*, les formes à *températures anormales*, les formes *frustes*, les formes ambulatoires, dans les affections pseudo-typhiques ? .. Comment démasquer, à certains moments, la grippe, la granulie, l'endocardite infectieuse, la malaria, l'ictère infectieux, les embarras gastriques de toutes sortes, toutes affections si diverses qui se trouvent pourtant à l'aise dans le champ de la fièvre typhoïde dont elles empruntent si facilement l'apparence clinique ?... Comment reconstituer un passé infectieux dans certains cas de polynévrites ?... Nous possédons aujourd'hui une formule à peu près certaine pour trancher toutes ces questions embarrassantes. Pour chacune des affections énumérées plus haut, des observations ont été publiées où il a été possible de diagnostiquer, au lieu d'une fièvre typhoïde, ici, six cas de granulie (Teissier, Renaud, Wiell, Sinay, de Lyon), là, deux cas de pneumococcie (Lyonnet, 1897), ailleurs, une méningite, une intoxication alimentaire (Teissier, de Lyon) ; plus tard, un ictère infectieux (Roque).

Séance du 27 Avril 1899.

Présidence de Sir William Hingston.

Présentation de pièces pathologiques.

SARCOME DE LA CUISSE.

M. MERRILL.

E. C..., âgé de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 mars 1899. Il est pâle, exsangue, très amaigri, et porte à la cuisse gauche l'énorme tumeur que vous voyez. On lui propose une opération qu'il refuse. Il quitte l'hôpital et revient six semaines après pour y mourir.

Autopsie.—La plèvre droite contient un épanchement séro-purulent (deux litres) avec fausses membranes. Le poumon gauche est

atélectasié et refoulé dans les gouttières vertébrales. Le poumon droit contient plusieurs nodules.

On trouve aussi un nodule, gros comme une fève, dans la paroi du ventricule gauche. Le bord des valvules est couvert de plaques d'athérome.

A l'ouverture du ventre, on ne constate rien d'anormal aux intestins, si ce n'est que l'appendice, non inflammé, contient un calcul. Le foie est granuleux, muscadé. Les reins sont très petits et scléreux; la substance corticale se confond avec la substance médullaire. Pas d'épanchement dans l'abdomen.

La partie antérieure et moyenne de la cuisse gauche est envahie par une masse charnue, bourgeonnante, de la grosseur d'une tête d'enfant. A l'incision, on constate que cette masse, ramollie, renferme des foyers purulents. Les muscles de la partie antéro-interne sont infiltrés par la masse sarcomateuse. Le fémur est dépériosté sur presque toute la longueur de sa face antérieure.

M. MARIEN.—Il y a encore bien des points obscurs dans l'histoire du sarcome. Les malades accusent presque toujours un traumatisme. Est-ce une cause très fréquente? Et le développement du sarcome est-il rapide ou lent? Autant de questions à étudier.

M. DUBÉ.—Je rappellerai le cas de cet agent d'assurance, bien connu à Montréal, qui fut opéré à Paris, dans l'automne de 1894, par Tillaux. Le sarcome siégeait au bras, on fit une disarticulation de l'épaule, et le pronostic porté fut très défavorable. Cependant l'opéré est encore en parfaite santé.

SIR WILLIAM HINGSTON.—Dans un cas de sarcome, il faut opérer à bonne heure, et le plus loin possible de la lésion. Si, par exemple, le sarcome siége à la jambe, amputez la cuisse. Il y a certains de mes cas que j'ai été obligé d'opérer jusqu'à trois fois. La durée du développement du sarcome est fort indéterminée. J'ai vu un cas durer neuf ans. Il y a bien des cas de sarcome où l'on ne relève antérieurement aucune histoire de traumatisme.

KYSTE CONGÉNITAL DES DEUX OVAIRES.

M. DUBÉ.

Dans le cours d'une autopsie chez un bébé de mon service à la crèche des Sœurs de la Miséricorde, nous avons fait une trouvaille qui n'est pas banale. Cette enfant, âgée de 71 jours, était une enfant illégitime, née à la maternité, d'une femme de mauvaise vie et d'un père qui est connu pour un gai viveur. J'ai dit à dessein femme de mauvaise vie, parce que la majorité des filles mères que nous voyons à la maternité ne sont pas toujours des filles débauchées par métier.

Cette enfant a été emportée par gastro-entérite accompagnée de convulsions et de broncho-pneumonie avec hyperpyrexie. Mais c'est du côté des ovaires que les lésions intéressantes furent trouvées. Nous avons conservé les pièces pathologiques pour vous les faire voir. Vous pourrez constater que les ovaires sont très augmentés de volume, qu'ils sont bosselés et comme remplis par un liquide plus

épais dans un kyste que dans l'autre. Les trompes, l'utérus, le vagin et la vessie que nous avons conservés en bloc avec les ovaires ne présentent rien d'anormal.

“ C'est dans la période de l'activité sexuelle de la femme qu'on observe surtout les kystes de l'ovaire. Cependant, il est certain que non seulement le germe de beaucoup de ces tumeurs existe dès la période fœtale, mais encore que le néoplasme a parfois débuté dès cette époque, et demeure à l'état latent jusqu'à l'impulsion qui lui permet de se développer. Cela ne saurait être mis en doute pour les



tumeurs dermoïdes, et diverses observations tendraient à démontrer qu'il peut en être de même pour les kystes prolifères (kyste mucoïdes de Malassez, cysto-épithéliomes, kystes glandulaires et papillaires). Doran, Winckel, de Sinety ont vu, chez le fœtus ou l'enfant à terme, de petites cavités kystiques dont la signification et l'évolution ultérieure ne sont pas déterminées. Les kystes dermoïdes peuvent se développer, même chez l'enfant, de manière à nécessiter une opération (Rœhmer, Hamaker, Polotebnoff, Bell, etc). (Pozzi, page 817).

Discussion.

LE CŒUR ET LES POUMONS DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. HERVIEUX rapporte le cas d'un malade atteint de fièvre typhoïde, et traité par les méthodes ordinaires, qui mourut subitement le 12^e jour de sa maladie. Ce malade avait eu quelques jours avant une hémorrhagie intestinale et deux épistaxis assez abondantes qui furent rapidement contrôlées par l'injection de 60 c.c. de sérum gélatinisé (15 grains au litre). A l'autopsie, on trouva des ulcérations, des plaques de Peyer, un cœur atteint de myocardite et des poumons congestionnés à leur base. Il ne croit pas, comme on l'a dit, que la splénisation pulmonaire ait été la cause de la mort, car le malade n'a offert ni cyanose, ni dyspnée.

Pour M. DUBÉ, au contraire, la congestion pulmonaire est la cause directe de la mort. L'intoxication éberthienne ayant affaibli

considérablement le cœur, les poumons, en se congestionnant (M. Dubé croit à une congestion active). l'ont arrêté en apportant un obstacle trop grand à la circulation; le cœur, atteint de myocardite, n'a pu lutter.

M. MERRILL croit plutôt à une congestion pulmonaire passive. C'est aussi l'avis du Dr Lesage, qui a bien voulu rédiger pour *L'Union Médicale* les observations qu'il a faites :

M. LESAGE.—Après ce que l'on vient d'entendre, je ne crois pas qu'il nous soit permis de faire jouer à la splénisation pulmonaire un rôle aussi important que semble vouloir lui assigner mon ami le Dr Dubé. Les faits qui doivent attirer notre attention dans le cas présent sont :

1° *Au cours de la maladie :*

(a) Un entérorragie peu considérable qui a duré quelques heures.

(b) Deux épistaxis plus sérieuses qui ont fait perdre au malade une certaine quantité de sang.

2° *A l'autopsie :*

(a) Des ulcérations intestinales typhoïdiques.

(b) Une pneumonie congestive des deux bases.

(c) Une myocardite aiguë visible à l'œil nu.

Comment expliquer la mort en face des signes cliniques rapportés par M. le Dr Hervieux, et des faits pathologiques signalés à l'autopsie par M. le Dr Dubé ?

Les hémorrhagies, il est vrai, ont fait perdre au malade une certaine quantité de sang, mais elles ont pu être contrôlées assez tôt par le sérum gélatinisé, pour qu'il nous soit permis de les éliminer comme cause de mort.

Les ulcérations intestinales seraient suffisantes ici pour avoir pu causer la mort par le phénomène de l'*inhibition* invoquée par le professeur Dieulafoy, mais il n'est pas prouvé encore que les choses se passent ainsi, nous pouvons donc les éliminer avec raison.

La pneumonie congestive ou splénisation pulmonaire pourrait être mise en cause si elle était complète, c'est-à-dire si nous avions affaire à une pneumonie lobaire maligne, telle qu'on la rencontre dans certains cas; nous pourrions alors conclure en toute justice à la mort par le poumon avec des symptômes cliniques de gêne respiratoire et d'asphyxie; mais nous ne relevons à aucun moment dans l'observation des signes d'hémoptysie ou de cyanose indiquant un trouble pulmonaire grave et de nature par lui-même à inspirer des craintes pour un dénouement fatal.

De plus le rapport de l'autopsie indique une congestion intense des deux bases pulmonaires laissant échapper à la coupe une certaine quantité de sang. Or cette double congestion *limitée aux deux bases* doit être portée au crédit de la *pneumonie hypostatique*, qui n'est qu'une forme plus avancée de la splénisation. Elle se rencontre très fréquemment au cours de la fièvre typhoïde, et nous n'estimons pas qu'elle puisse restreindre le champ de l'hématose ou gêner l'action du cœur au point de faire courir au malade un danger réel. Pour

ces raisons nous nous croyons justifiable de la mettre en doute comme cause de mort chez le malade de M. le Dr Hervieux.

La myocardite aiguë au contraire est un accident redoutable et personne aujourd'hui ne doute qu'elle soit l'unique cause de mort chez un très grand nombre de typhiques. Or, l'autopsie a révélé de la façon la plus évidente des signes de myocardite sur-aigüe donnant au muscle cardiaque une teinte "feuille morte" visible à l'œil nu et caractéristique dans l'espèce.

En face de ces lésions multiples, il semble que l'on peut arriver facilement à une conclusion satisfaisante. Pour nous, le malade aurait succombé à *la myocardite* signalée plus haut. Sans doute, il faut tenir compte des accidents pulmonaires et intestinaux, mais il faut les placer *au second rang* ici, car il est impossible de ne pas voir dans l'altération profonde du myocarde la raison pathologique qui a précipité le dénouement. Au reste, un cœur sain n'eut pas été gêné sensiblement dans ses fonctions à la suite des accidents que nous avons signalés; bien plus, nous croyons pouvoir affirmer que même sans eux, on eut enregistré probablement une de ces morts subites, à un moment quelconque de la convalescence, semblable à celles dont j'ai esquissé déjà le tableau devant vous et que l'on ne peut expliquer que par la myocardite ignorée ou masquée par d'autres accidents apparemment plus graves.

Evidemment, on peut toujours affirmer sans crainte que l'on meurt par le cœur, car c'est *l'ultimum moriens* des physiologistes et c'est banal à force d'être vrai, mais on ne peut pas toujours invoquer à cette fin une lésion du myocarde comme dans le cas actuel, car, dans un très grand nombre d'autopsies, le cœur est en parfait état et il faut chercher ailleurs des troubles suffisants pour expliquer la mort. Ici, nous sommes dispensés de ces recherches, car nous avons sous les yeux, à moins de la négliger sciemment, une lésion manifeste dont la gravité est connue de tous.

Ainsi, je demande pardon à mon savant ami si je diffère un peu d'opinion sur ce point, mais c'est moins une critique que je fais qu'une opinion personnelle que j'exprime. et, après le rapport intéressant qu'il nous a fait de l'autopsie, je ne puis me rallier à l'idée que les accidents pulmonaires ont joué le grand rôle; il faut tout au plus, suivant nous, les rapporter comme *secondaires* et laisser à *la myocardite typhique sur-aiguë* toute la responsabilité de cette mort chez le malade de M. Hervieux.....

Ajoutons cette remarque caractéristique de Sir WILLIAM HINGSTON: "Autrefois on aurait dit tout simplement que le malade était mort de fièvre typhoïde, avec complications au cœur et aux poumons."

Rapports de cas.

RUPTURE SPONTANÉE DU FOIE.

MM. CORMIER et DE COTRET.

Il s'agit d'un enfant qui mourut dix heures après sa naissance. A l'autopsie, on trouva l'abdomen rempli de sang, et le foie rupturé

dans une bonne partie de sa largeur. Le péritoine viscéral était disséqué par le caillot.

La mère est une femme très grasse. L'accouchement fut spontané, sans forceps, sans tractions sur l'enfant. Cependant, la poche des eaux s'était rompue au début du travail, et la mère eut des contractions utérines violentes qu'elle ne chercha pas à contrôler. L'enfant pesait à sa naissance 9 $\frac{1}{4}$ livres.

Peu-être l'enfant a-t-il été traumatisé au passage de la vulve. Nous aurions peut-être là une explication à donner de certains cas de mort subite, et inexplicable chez les nouveau-nés.

Paul LEFERT.—Aide-Mémoire de Dermatologie et de Syphiligraphie, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in-16 de 288 pages, cartonné toile en deux couleurs 3 fr.
Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

L'Aide-Mémoire de Dermatologie du professeur P. LEFERT s'adresse aux étudiants comme aux praticiens.

A. LESAGE.—De la gastro-entérite aiguë des nourrissons. *Injections et intoxications digestives (Pathogénie et étiologie)*, par A. LESAGE, médecin des hôpitaux de Paris, N° 17 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr CRITZMAN, directeur), 1 brochure, in-8 (Masson et Cie, éditeurs) 1. fr. 25.

De l'intubation dans la laringite aiguë suffocante.—M. le Dr VIOLI, de Constantinople, rapporte dans le *Journal de clinique et thérapeutique infantiles* l'observation d'un enfant de six mois et demi, de constitution délicate, qui fut atteint de broncho-pneumonie avec laringite aiguë suffocante. L'intubation fut pratiquée en même temps que le traitement interne classique. Le tube ne put être enlevé que le quinzième jour: l'enfant était complètement guéri dix jours après.

De ce fait dit M. Violi, on peut conclure que l'intubation même chez les petits enfants, doit être tentée de préférence à la trachéotomie dans les laringites aiguës, parce qu'elle donne de bons résultats sans exposer aux infections qui peuvent provenir de la trachéotomie.

Si on surveille l'introduction du tube en prenant garde que le tube soit d'une grosseur proportionnée à l'âge de l'enfant, celui-ci le rendra difficilement. Il pourra le conserver en place longtemps, sans que généralement les mucosités viennent l'obstruer et on évitera ainsi de fatiguer l'enfant avec des séances répétées d'intubation.

REVUE DES JOURNAUX.

CHIRURGIE.

EXAMEN D'UN ENFANT ATTEINT D'UNE LÉSION DES MEMBRES.

Par M. BROCA.—*Hôpital Trousseau.*

Quel que soit l'âge du malade pour lequel vous êtes consulté, vous n'arrivez avec précision au diagnostic d'une lésion ostéo-articulaire que si vous procédez à l'examen avec une méthode toujours la même; et ce qui est spécial ici à la chirurgie infantile, ce n'est pas la méthode, mais la manière de s'en servir, la manière de manipuler l'enfant, de triturer la matière sur laquelle vous allez travailler.

Quand un sujet se plaint d'une lésion du squelette, votre diagnostic comporte la solution des deux problèmes suivants: 1° quel est le siège du mal; 2° quelle est sa nature. Et pour déterminer exactement le siège, il faut que vous sachiez quel est le membre atteint, dans ce membre, quel segment; dans ce segment, l'os ou la jointure, isolés ou associés. Pour atteindre ce but, vous avez à votre disposition: 1° l'interrogatoire des parents, puis de l'enfant; 2° l'examen local fondé sur l'inspection du membre en activité et, pour finir, sur la provocation de certains signes et symptômes révélateurs de l'état que vous avez été amenés à soupçonner.

Déterminer le membre malade, c'est à peine s'il est utile d'en parler: du bras à la jambe vous ne vous tromperez pas. Mais sachez que, dans certaines conditions précises, il peut être aussi délicat de savoir si la lésion porte sur le rachis ou sur la hanche: je vous signalerai ultérieurement les cas où un mal de Pott peut simuler une coxalgie.

Mais savoir *dans un membre quelle est la jointure malade* n'est pas toujours aussi facile, et de ceci la preuve est nettement fournie par l'étude des *arthrites de la hanche*. De quoi se plaignent, en effet, un nombre considérable de ces malades: avant tout d'une *douleur au genou*. Et cet exemple de *douleur à distance* est loin d'être le seul que vous rencontrerez dans l'étude des lésions ostéo-articulaires. Si vous êtes instruits de cette particularité, vous dirigerez bien votre interrogatoire; puis, en regardant le sujet debout, puis marchant, vous prendrez une première teinture, vous vous ferez une première idée: et de cette idée vous aurez à chercher la confirmation, pour démontrer d'une façon absolue que, le genou n'ayant rien, c'est, au contraire, la hanche qui est malade.

Reste la question de nature: alors interviennent tous les rensei-

guements que vous pourrez obtenir sur les antécédents personnels et héréditaires du sujet, sur la marche aiguë, sub-aiguë ou chronique des accidents actuels.

Tel est le schéma général : passons maintenant aux détails. Pour cet exposé, je suivrai un ordre peut-être par moment un peu artificiel : c'est indispensable, car l'ordre où interviennent dans l'examen les signes et symptômes n'est pas immuable. Mais vous ferez vite, par vous-mêmes, les rectifications nécessaires.

I. *Interrogatoire des parents.*—A. Les premiers renseignements à demander concernent l'*anamnèse héréditaire* : les quatre grandes catégories d'accidents à rechercher concernent les monstruosité et vices de conformation divers, la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme. De tout cela vous verrez l'application pour chaque cas particulier : la règle générale doit être de ne pas aborder le problème de front. Sans doute, bien souvent l'existence d'une de ces hérédités est évidente, et du premier coup vous verrez que le père, la mère, ou les deux ne demandent qu'à parler. Mais bien souvent aussi ils cherchent à dissimuler ce qu'ils considèrent comme une tare : ou ils ignorent réellement ce que vous leur demandez.

Aussi, à moins que l'aveu ne vienne tout de suite et spontanément, mettez des gants pour l'obtenir. C'est surtout pour la syphilis que la prudence est exigée. Affirmez à un mari qu'il doit avoir eu la syphilis, et supposez maintenant que l'origine soit maternelle : vous voyez quelle jolie querelle conjugale vous aurez soulevée. Au contraire, quand vous avez besoin de commémoratifs pour confirmer un diagnostic que vous soupçonnez, recherchez d'abord si la mère a fait de nombreuses fausses couches, si plusieurs enfants sont morts en bas âge ; puis passez aux accidents personnels qu'ont pu présenter le mari d'abord, la femme ensuite. Et pour ces accidents, commencez par ceux dont la valeur diagnostique est le moins connue du public, n'arrivez qu'en dernier lieu aux "boutons" sur la peau et surtout "aux parties". En quelques minutes, vous aurez ainsi appris si les parents sont francs, dissimulateurs ou ignorants, et vous agirez en conséquence.

B. Les renseignements relatifs à la *grossesse*, et à l'*accouchement* sont, en général, moins importants.

Grossesse facile ou difficile ne signifie pas grand chose. Les traumatismes subis par la femme enceinte sont, la plupart du temps, à négliger. Mais parfois vous trouverez, dans une maladie infectieuse survenue pendant la grossesse, l'explication d'accidents sans cela bizarres : ainsi j'ai vu, à plusieurs reprises un petit idiot à mains palmées, à jambes parésiées, qui a quatre ou cinq frères et sœurs tout à fait bien constitués et dont l'hérédité tératologique est nulle, mais dont la mère a eu, étant enceinte de lui, la fièvre typhoïde. De même, j'ai une chatte qui a contracté, étant pleine, une coqueluche très nette, avec quintes intenses : sur six petits elle a fait trois malbâtis—un exomphale et deux hémiglébiques—alors qu'auparavant elle avait eu à plusieurs reprises, des rejetons bien constitués.

Il est des cas où vous aurez besoin de savoir si l'*accouchement* a été facile ou difficile, long ou court, simple ou instrumental : par

exemple, pour différencier certaines paralysies radiculaires obstétricales ou monoplégies corticales, dues ou non au forceps. Sachez encore que certaines lésions sont en rapport avec certaines présentations, et si on vous apporte un enfant atteint soit d'un torticolis, soit d'une petite tumeur spéciale par rupture du sterno-mastoidien, demandez toujours si l'accouchement a eu lieu par les fesses. A cela il y a deux avantages : d'abord, vous vous instruisez, et, dans notre métier, il est bon d'être curieux ; en outre, comme vous tomberez d'ordinaire juste, votre perspicacité étonnera la mère, et, dans notre métier, il est bon de passer pour un peu sorcier.

C. La lésion est-elle *congénitale*? La réponse est, la plupart du temps, évidente ; et en présence d'un enfant dont l'anus est imperforé, je ne vous conseille pas de répéter la phrase demeurée classique : "A quoi vites-vous, madame, que votre enfant n'allait pas à la garde-robe?" Pas plus qu'il n'est bon de demander si un nouveau-né qu'on vous présente pour un bec-de-lièvre ou une ectromélie est né comme cela.

Mais déjà je viens de vous dire que certaines lésions congénitales et obstétricales peuvent se ressembler. Voici un nouveau-né dont le bras ne bouge pas et n'a jamais bougé : a-t-il une fracture de l'humérus, une paralysie radiculaire par traction, une lésion cérébrale par forceps ou une maladie cérébrale proprement dite? Songez à ces hypothèses et vous aurez vite fait d'éliminer les unes, de confirmer les autres ; mais j'ai vu des enfants pour lesquels le médecin n'y avait pas songé et était ainsi tombé dans une erreur grossière, parfois fort préjudiciable à la rectitude du pronostic et du traitement.

Les constatations sont encore quelquefois délicates lorsque l'enfant a, pendant plus ou moins longtemps, été en nourrice et que vous voyez non pas la nourrice, mais la mère. Supposez, par exemple, qu'il s'agisse d'un pied bot léger lors de la naissance et aggravé faute de soins : aisément, père et mère vous jureront leurs grands dieux qu'il n'y avait rien à la naissance. C'est une tare pour une famille que d'y compter un mal-bâti, on se racroche à la moindre branche.

Le cas précédent sera exceptionnel, je vous l'accorde. Mais pour la luxation congénitale de la hanche, il sera presque constant. Oui, il est des enfants chez lesquels, de très bonne heure, quelques signes locaux attireront votre attention : mais presque toujours c'est seulement au début de la marche que la lésion est reconnue, et alors on incrimine les mauvais soins de la nourrice, une chute, que sais-je encore !

Soyez avertis, et pour ne pas vous y laisser prendre, demandez tout simplement *à quel âge l'enfant a marché*. A douze mois environ un enfant doit marcher, et s'il ne marche pas, c'est qu'une cause pathologique intervient : luxation congénitale de la hanche, rachitisme, paralysie infantile sont les plus fréquentes et la plupart du temps il vous suffit d'y songer pour savoir à laquelle vous avez affaire. Quant aux cas douteux, posez la question suivante : *comment l'enfant a-t-il marché*, d'abord normalement, puis mal, ou toujours d'une manière vicieuse ? C'est là un renseignement capital pour vous mettre immé-

diatement sur la voie du diagnostic d'une luxation congénitale de la hanche.

D. Après avoir constaté qu'une affection n'est pas congénitale, faites préciser quelle a été son *évolution*. Quelquefois en effet, ce sera tout à fait caractéristique, et c'est à peine si j'ai besoin de vous rappeler la forme classique de la paralysie infantile, avec son début brusque et ses paralysies d'abord étendues, bientôt partiellement amendées. Mais quand ces allures spéciales feront défaut, alors commencera votre embarras : et pour certaines formes chroniques d'emblée, peu accentuées, localisées à un membre inférieur, vous croiriez volontiers à une coxalgie si l'examen local de la hanche ne vous éclairait point.

Prenez maintenant une maladie osseuse. Quand l'acuité du début aura été franche, vous diagnostiquerez tout de suite une ostéomyélite. Et c'est parmi les lésions inflammatoires à forme torpide que vous aurez à faire le choix de ce qui revient à l'ostéomyélite chronique d'emblée, à la syphilis, à la tuberculose. La plupart du temps vous ne vous tromperez pas si vous suivez les règles spéciales que je vous indiquerai pour chacune de ces lésions en particulier. Dans les cas douteux, vous attribuerez une grande importance aux renseignements héréditaires bien choisis, comme je vous l'ai dit il y a un instant.

E. En pratique aussi bien qu'en théorie, il est fort intéressant de savoir quelle a pu être la part d'un *trauma* dans la genèse et l'évolution d'une lésion ostéo-articulaire. Or, vous vous heurtez à une grosse difficulté : un coup, une chute sont, aux yeux des parents, une explication très commode : car une diathèse, c'est mal porté, et le trauma vient à point pour sauvegarder l'amour-propre des fabricants. Et cependant, il peut avoir, il a assez souvent une influence réelle.

Avant de lui attribuer une valeur, il faut bien faire préciser : sa date, sa nature, son intensité, son point d'attaque. On vous montre un enfant qui a une arthrite de la hanche, et on vous dit : "C'est à la suite d'une chute." *Quand a eu lieu cette chute ?* Cette question restera, la plupart du temps, sans réponse, et vous arriverez à démontrer que dans le cerveau maternel s'est fait le travail suivant : mon enfant boîtit, or c'est moi qui l'ai fait, donc il est bien fait, donc il a dû tomber, donc il est tombé. Ce sorite ne vaut pas celui du renard : je vous le signale pour que vous vous en méfiez.

À supposer qu'on puisse vous dire : l'enfant est tombé tel jour, à telle heure, ne concluez pas avant qu'on vous ait répondu, à la question suivante : *comment marchait-il avant l'accident ?* Et pour éclairer votre religion employez toujours le même système : ne posez pas une question trop brutalement nette, mais informez-vous si l'enfant aimait à jouer, à courir, pendant combien de temps il pouvait courir sans fatigue.

Même si vous ne pouvez rien trouver de préalable, ne vous tenez pas pour satisfaits que *si le trauma a été suivi immédiatement de la gêne fonctionnelle pour laquelle on vous consulte*. Que de fois on vous déclarera que l'enfant ne se sert plus bien de son coude, par exemple à la suite d'une chute ; et si vous savez votre métier, vous apprendrez que

cette chute, si elle n'est pas imaginaire, a eu lieu un mois avant les premiers troubles.

Ces préliminaires déblayés, vous êtes à point pour pratiquer l'examen du malade lui-même.

II. *Examen de l'enfant.*—A. Dès que l'enfant est en âge de comprendre ce que vous lui dites et de vous répondre, vous devez *l'interroger directement*. La chirurgie infantile a souvent des points de contact avec la médecine vétérinaire, mais pas toujours; et même moins souvent que vous ne seriez peut-être tentés de le croire. À la condition toutefois que vous sachiez vous y prendre et, comme je vous l'ai dit au début de cette leçon, *triturer la matière*.

D'abord, un enfant ne vous répondra que si vous l'avez rendu confiant, d'où ce précepte de lui donner des bonbons et jamais des claques.

Deuxième précepte : parler avec précision, sur des sujets que l'enfant peut comprendre et avec des termes que l'enfant peut comprendre. Quand j'étais interne, un de nos collègues étrangers, plus ancien que moi, était légendaire parmi nous, parce qu'il interrogeait les ouvriers à l'hôpital en leur demandant : "Avez-vous pyrexie." Cela vous fait rire, parce qu'ici le contraste est grossier entre le terme technique et la culture intellectuelle du malade; quand nous parlons à un enfant, il nous en échappe souvent du même calibre, ou à peu près. Employez les petits mots propres à l'enfance, interrogez sur les jeux, la fatigue, l'école, et vous serez surpris des réponses que vous obtiendrez. pour établir, par exemple, où siège une douleur, si elle est calmée par le repos au lit et exaspérée par la marche.

B. Il va sans dire, cependant, que le cercle des questions est limité et que *l'examen local*, direct, prime tout.

Deux règles dominent cet examen.

1^o Le sujet doit être examiné tout nu, nu "comme un plat d'étain."

2^o L'examen doit toujours être pratiqué comparativement des deux côtés, en commençant par le côté probablement sain. L'état normal, en effet, n'a rien d'absolu, il varie jusqu'à un certain point d'un sujet à l'autre. Certes, une lésion nettement constituée est assez évidente par elle-même; mais si vous voulez dépister une lésion au début, la comparaison avec le côté sain est un point de départ indispensable. Ce qui est normal pour l'un n'est pas normal pour l'autre; mais volume des os, mouvements des jointures, sensibilité à la pression, doivent être symétriques et, si vous avez un point de comparaison auquel vous puissiez vous reporter vingt fois de suite au besoin, votre finesse d'analyse va se trouver considérablement accrue. Or, la précocité du diagnostic a sur l'efficacité de la thérapeutique une influence de premier ordre.

Les *explorations physiques* que vous devez entreprendre sont basées sur l'inspection, la palpation, la pression localisée.

Lorsque le sujet a de la fièvre ou des douleurs intenses, ou les deux à la fois, il va sans dire que vous ne l'examinerez que couché: ainsi pour les ostéomyélites, pour les fractures du membre inférieur.

Mais toutes les fois que ce sera possible—et ce sera presque toujours pour les lésions chroniques—la règle absolue est de le *regarder successivement debout et immobile, pendant la marche, puis couché.*

L'inspection du *sujet debout* vous fournit quelques données sur le gonflement d'une région, sur l'atrophie d'une autre : et c'est ici qu'il est capital de regarder comparativement les deux côtés. Mais ce que vous devez étudier particulièrement, c'est l'*attitude comparée des membres.*

Tantôt vous constateriez ainsi directement que les leviers osseux de deux segments sont, l'un par rapport à l'autre, en position vicieuse : vous apprécierez, par exemple, que le genou est dévié en valgum ou anormalement fléchi. Mais de ce que le genou est fléchi, ne concluez pas qu'il est forcément le siège du mal ; n'oubliez pas, en effet, que les jointures ont coutume de se suppléer et la flexion du genou peut fort bien signifier seulement que le sujet cherche instinctivement à alléger la hanche malade. Pour éviter cette erreur, regardez attentivement, et en disant à plusieurs reprises au sujet de marcher, puis de s'arrêter : vous verrez exactement comment à lieu chaque fois l'appui sur les membres. Si vous voulez de la sorte arriver à des conclusions nettes, il faut que vous répétiez l'examen plusieurs fois de suite, sans vous lasser, de façon à acquérir chaque fois quelques notions qui vous serviront de point de départ pour l'inspection suivante ; il faut aussi que vous regardiez le sujet dans toutes les directions, de face, de dos, de profil ; il faut enfin que, après avoir conclu que la hanche, par exemple, est malade, vous regardiez avec soin les saillies extérieurement visibles du bassin, des apophyses épineuses, du rachis, car cela vous donnera une première idée des déviations compensatrices si importantes à rechercher.

Je viens d'insister sur le membre inférieur, mais au membre supérieur également l'inspection du sujet debout a quelque utilité. C'est à peine si j'ai besoin de vous rappeler l'attitude "claviculaire" du sujet atteint de fracture de l'épaule ou de la clavicule : moignon abaissé, avant-bras fléchi et soutenu contre l'abdomen par la main saine, tête inclinée du côté malade. L'inspection vous révélera ici assez aisément le gonflement, les déformations de la clavicule, de l'épaule, de l'omoplate, du coude, du poignet.

C'est une première teinture, je vous le répète, que vous devez prendre en regardant le sujet debout et immobile ; et dans cette vue d'ensemble vous aurez acquis certaines notions sur le plus ou moins de netteté avec lequel apparaissent les saillies osseuses péri-articulaires ; sur la direction et la profondeur de certains plis, tels que les plis fessiers. Notions de second ordre, mais précieuses pour vous conduire vite, par le droit chemin, aux explorations définitivement probantes.

Par l'*examen du sujet en marche* vous allez bientôt limiter vos investigations. Cet examen n'a d'utilité réelle que pour les lésions du membre inférieur et du rachis : c'est lui qui vous fera connaître si le tronc ou les membres inférieurs sont enraidis ou fonctionnent normalement. Dans les cas ordinaires, il vous suffit de voir marcher un sujet atteint de mal Pott pour vous apercevoir que son tronc est raide :

et si vous le faites tourner au commandement avec brusquerie, vous saurez mettre en évidence une raideur pathologique encore légère, à peine visible dans les mouvements habituels.

C'est surtout pour l'étude de la claudication que l'inspection du sujet en marche est précieuse. Avec un peu d'habitude, vous aurez dans l'œil l'allure générale de la boiterie par lésion de la sacro-iliaque, de la hanche, du genou, du pied; et pour peu que vous y prêtiez attention, il vous sera, en tout cas, assez aisé, en vous y prenant à plusieurs reprises, en regardant le sujet dans tous les sens, debout, marchant, virant, de savoir quelle jointure est raide. Soyez instruits, et du premier coup vous distinguerez la paralysie infantile par la simple vue d'une jambe jetée en avant, un peu comme celle d'un ataxique; et il vous suffira de voir une boiterie avec balancement et déhanchement pour savoir que vos recherches ultérieures vont se trouver circonscrites entre la luxation congénitale de la hanche, la coxa vara, le genu varum, la paralysie des muscles fessiers.

Lorsque la claudication est légère, peu visible, vous pouvez faire comme les maquignons et *écouter la marche*. À condition, bien entendu, que le malade ait une chaussure avec talon et marche sur un sol sonore. Alors, avec un peu d'attention, vous percevrez une différence dans l'intensité avec laquelle chaque membre frappe le sol. Dans les livres classiques, c'est toujours à propos de la coxalgie qu'on décrit ce *signe du maquignon*. Or, il ne lui appartient nullement en propre: que ce soit en raison d'une lésion de la hanche, du genou ou du pied, il se produit de même. Une de ces jointures est malade, chaque mouvement, chaque pression surtout y éveille une douleur perçue ou non perçue, et, instinctivement, l'appui correspondant est, pour ainsi dire, escamoté, puis suivi d'une chute plus violente sur le membre sain.

Mais si les choses se passent ainsi pour une lésion douloureuse, c'est l'inverse que vous observerez dans d'autres circonstances. Soit un sujet atteint d'un raccourcissement du membre inférieur avec ankylose du genou en bonne position; c'est à l'appui du membre anormal que le son va se trouver accru, car plus on tombe de haut plus la chute est sonore; et, par comparaison, vous pouvez être tentés de croire que le son du côté normal est diminué.

Donc, ce signe peut vous servir à reconnaître une claudication encore invisible ou à peu près; mais il ne signifie pas que la hanche soit en jeu; il ne vous permet même pas de dire que le pas le plus sonore corresponde au membre sain.

Jusqu'à présent, j'ai passé en revue devant vous des symptômes qui n'ont rien de pathognomonique; ils peuvent, au contraire, être communs à plusieurs lésions. Mais déjà, pour peu que vous ayez l'œil américain, au bout de quelques minutes d'inspection vous serez parvenus à glaner quelques signes grâce auxquels vous saurez presque toujours de quel côté, vers quelle articulation porter immédiatement vos investigations démonstratives. C'est alors que le moment sera venu d'*examiner l'enfant couché*.

Mais ici, attention! Bien souvent l'enfant va avoir peur dès que

vous allez le faire coucher. Vous l'avez fait jouer, sauter, marcher, courir, virer, tout en causant avec lui; et jusqu'à présent il s'est prêté docilement à vos ordres. Ne parlons pas de ces enfants insupportables, mal élevés, criant dès qu'on les déshabille, sur lesquels se reconnaît à première vue l'influence déplorable de l'éducation par la grand'mère; et surtout par la grand'mère à la campagne. Avec ceux-là, rien à faire: dès le début de l'examen, vous devenez vétérinaires, avec cette aggravation qu'à votre vue seulement l'animal crie et se débat.

Dans notre clientèle parisienne, en ville aussi bien qu'à l'hôpital, la plupart du temps vous ne vous heurtez pas à cette difficulté: quelques bonbons, et l'enfant est gentil, obéissant. Mais quand vous voulez le coucher, les choses changent: car cela est souvent lié dans son souvenir à un examen médical, au cours duquel on lui aura fait mal. Avec de la patience, vous parviendrez presque toujours à effacer l'impression laissée par votre prédécesseur; et pour votre propre compte vous n'en laisserez jamais une semblable.

Un point important, dans cette partie de l'examen, consiste à bien savoir quelle aide vous devez attendre des gens qui entourent l'enfant: grand'mère, nourrice, mère dans la plupart des cas. Que voulez-vous faire quand, dès votre entrée dans la chambre, vous voyez une vieille larmoyante qui serre "ce pauvre petit" dans ses bras pour le consoler du mal qu'il va subir? C'est presque constant avec les grand'mères: affaire de sensibilité sénile. C'est presque aussi fréquent avec les nourrices: affaire de stupidité habituelle chez ce genre de vaches laitières. C'est plus rare avec la mère, à moins qu'il ne s'agisse d'un fils unique, ou d'un dernier venu à long intervalle; ce que vous reconnaitrez, pour les garçons, en les voyant jusqu'à l'âge de sept à huit ans avec leurs cheveux longs et bouclés, avec des vêtements de fille même. À l'hôpital vous aurez vite appris que je n'exagère rien: tous les jours nous voyons des enfants impossibles à examiner en présence de leur grand'mère, nous les recevons dans la salle et le lendemain ils sont aimables et répondent pourvu que nous sachions nous y prendre.

À cet égard, voici les règles:

1° Réduisez toujours la douleur inévitable au minimum.

2° Prévendez toujours l'enfant en lui disant: "Je vais te faire un peu de mal, mais dis le moi tout de suite et je m'arrêterai." Ne mentez jamais avec un enfant. Je n'oserais pas vous donner le conseil de ne mentir jamais avec les adultes, car cela pourrait nuire à votre avancement.

3° Conservez toujours pour la fin l'exploration que vous savez douloureuse.

Avec un enfant sage, vous apprécierez facilement la douleur provoquée. Mais deux écueils sont à éviter: certains enfants font les stoïques et répondent toujours que "ça ne fait pas de mal"; d'autres, au contraire, je viens de vous le dire, hurlent quand vous tirez le cordon de la sonnette. Il est heureusement facile de tourner la difficulté en regardant la face du sujet: une douleur réelle y provoque toujours une contraction passagère, appréciable même au milieu des

cris ; et puis, comme la grenouille décapitée, l'enfant en colère ou stoïque conserve des mouvements de défense, qu'il exécute comme réflexe de façon à porter la main vers la région où on lui fait mal.

Ces préceptes généraux, que j'ai réunis avec tout ce qui concerne la psychologie de l'enfant et de sa famille, ne vous servent à rien pour *l'inspection de l'enfant couché*, inspection qui vous révèle l'attitude du membre, la forme de la région, l'existence de l'œdème et du gonflement, la rougeur diffuse de la peau et celle des traînées de lymphangite, l'engorgement de certains ganglions. Ainsi, le gonflement avec rougeur et veines dilatées chez un sujet fébricitant vous conduit immédiatement au diagnostic d'ostéomyélite aiguë. Regardez les éminences osseuses, leurs rapports entre elles, leur saillie anormale ou au contraire leur effacement au milieu des tissus empâtés ; constatez en de certains lieux d'élection que les méplats péri-articulaires sont soulevés par une synoviale fongueuse ou pleine de liquide ; voyez enfin s'il y a des cicatrices, des fistules et quels sont leurs caractères objectifs. Et cela fait, la plupart du temps votre diagnostic sera achevé : vous saurez quel os, quelle jointure sont malades ; vous serez presque fixé sur la nature de la lésion : ostéomyélite, syphilis, tuberculose ; et l'œuvre manuelle qui vous reste à accomplir va être à la fois courte et peu douloureuse.

C'est avec la *palpation* que commence la douleur : mais à peine si vous êtes adroit et instruit. Effleurez d'abord le membre sain, en insistant davantage sur la région symétrique de celle que vous croyez malade ; puis sur le membre malade commencez par les parties saines. Arrivez à la région malade : sans appuyer, sans faire de mal vous sentez si quelque chose y bombe, si ce quelque chose est plus ou moins mou, plus ou moins dur. Si ce gonflement vous paraît indolent, vous pouvez aller plus loin et y chercher la fluctuation. Mais si la région est douloureuse, arrêtez-vous et ne faites pas souffrir le sujet pour rien.

Etant donnée une fracture, par exemple, à quoi cela vous sert-il d'y rechercher la crépitation ? Avec la mobilité anormale vous avez de quoi porter un diagnostic sans faire souffrir le malade ; et si elle fait défaut, contentez-vous de la douleur nette et circonscrite à la pression localisée.

Ou bien, supposez une ostéomyélite aiguë : avant d'opérer, il est bon de savoir s'il y a un abcès et où est cet abcès, pour inciser à son niveau ; mais que cette recherche, horriblement douloureuse, soit réservée pour le moment où l'enfant sera anesthésié, puisque, ayant diagnostiqué une ostéomyélite, vous devez, en tout état de cause, endormir le sujet et trépaner l'os malade. Or, pour poser ce diagnostic, la fièvre, le gonflement, la douleur à la pression ne suffisent-ils pas ?

Palpez donc doucement : d'autant plus que les mouvements les moins violents sont ceux qui vous donnent les sensations les plus fines. Quand les méplats péri-articulaires ne sont pas encore effacés, vous sentirez, au fond, contre l'os, la synoviale épaissie ; et si vous avez soin de palper avec deux ou trois doigts, par de petits mouve-

ments de va et vient, dans les régions où vous savez que se replie la synoviale à chaque jointure, vous sentirez des épaisissements très légers, puisque vous aurez choisi l'endroit où la synoviale est en double épaisseur.

Cela fait, continuez à palper d'une main, et de l'autre communiquez quelques légers mouvements à la jointure et déterminez ainsi la forme, la place, la netteté des saillies osseuses que vous connaissez en anatomie normale, des interlignes articulaires. A plusieurs reprises reportez-vous au côté sain, qui doit toujours vous servir d'étalon, et vous décélerez, dès leur début, des empâtements légers péri-articulaires, des laxités anormales des ligaments. Il va sans dire que jamais vous ne laisserez passer inaperçue une luxation traumatique, congénitale ou pathologique.

Allez plus loin et vous apprendrez à faire la part de ce qui, dans le gonflement, revient aux os et aux parties molles. Par la palpation enfin, recherchez toujours et de parti pris l'état des muscles, plus ou moins atrophiés, des ganglions, plus ou moins engorgés.

La palpation terminée, pour démontrer la participation d'une articulation, c'est la raideur de cette jointure qu'il convient de mettre en évidence. Lorsque les lésions sont un peu avancées, cela saute aux yeux. Mais pour poser un diagnostic précoce, il est indispensable de connaître exactement la physiologie normale de chaque articulation, d'explorer sur le sujet lui-même l'articulation saine et de communiquer ensuite à l'articulation suspecte certains mouvements déterminés et bien réglés. Pour chaque articulation, ces mouvements sont spéciaux : ainsi, à la hanche, c'est d'abord l'abduction qu'il faut interroger ; au genou, c'est l'extension. J'aurai à y insister dans l'étude de chaque tumeur blanche en particulier, et je me borne, pour le moment, à insister, d'une manière générale, sur l'importance capitale de la *limitation des mouvements* comme signe précoce et pathognomonique d'une arthrite.

Cette exploration est indolente : il est inutile de forcer le mouvement limité jusqu'à éveiller une souffrance qui ne serait pas, pour vous, réellement indicatrice. La vraie manière d'explorer la douleur, qu'il s'agisse d'une articulation ou d'un os dans la continuité, d'une lésion inflammatoire ou traumatique, c'est de procéder par *pressions localisées*. Partez d'un point que vous savez sain et rapprochez-vous progressivement de l'endroit malade en appuyant de place en place avec l'index droit, sans jamais laisser entre deux pesées plus que la largeur de votre doigt. De la sorte, vous saurez bien vite s'il existe une région douloureuse, si cette région est limitée ou étendue, si elle intéresse l'os ou seulement les parties molles ; si, en particulier, dans une arthrite, elle occupe une épiphyse ou les deux, ou seulement la synoviale. Il est bien évident que pour une articulation vous devrez être bien exactement repérés sur les saillies osseuses extérieurement appréciables, que vous aurez déterminées avec précision—en vous renseignant d'abord par l'examen du côté opposé—où est l'interligne, où sont les culs-de-sac synoviaux, etc.

Telles sont les règles générales que vous devrez appliquer à l'examen d'un membre. Pour être complet, je devrais vous parler de

l'exploration des fistules au stylet, mais il est bien rare qu'elle soit nécessaire. Quand il existe une fistule, presque toujours vous pouvez savoir sans stylet si elle est ou non ossifluente, si elle exige ou non votre intervention. Au moment d'opérer, le stylet deviendra un guide utile. mais alors l'exploration se confond avec le premier temps de l'opération, le sujet étant anesthésié. Pourquoi donc pratiquer à l'avance ce cathétérisme qui toujours effraye l'enfant? Pour savoir si l'os est carié ou s'il y a un séquestre? votre détermination ne sera en rien influencée par cette manœuvre, inutile d'autre part au diagnostic de la nature du mal. Aussi je vous conseille, la plupart du temps, de vous abstenir, à moins que vous ne passiez une épreuve d'examen ou de concours, car il y a des juges capables de vous en vouloir.

Dans certaines circonstances exceptionnelles, tout cela ne vous aura pas conduit au but, et il sera nécessaire de *chloroformiser* l'enfant, pour recourir à des manœuvres spéciales, ou pour démontrer si, une contracture musculaire ayant cessé, l'articulation est absolument souple et libre ou si vous y constatez des craquements. Quand je vous décrirai l'ostéomyélite j'aurai, par exemple, à vous raconter l'histoire d'une fillette que j'ai dû endormir pour constater la crépitation révélatrice d'une fracture que tout concourait à faire méconnaître. Mais il s'agit ici d'exception et, dans la pratique usuelle, vous devez en faire abstraction.

Si vous vous astreignez à un examen méthodique, bien réglé, pratiqué dans un ordre immuable, en vous reportant toujours au côté sain, vous poserez des diagnostics précoces et complets, vous saurez exactement où siègent les lésions et où elles en sont. Il vous restera alors à scruter minutieusement les antécédents personnels ou héréditaires de votre malade; à chercher sur les autres parties du corps la trace d'autres lésions similaires, en activité ou cicatrisées; à examiner les viscères; à savoir si l'état général est bon, médiocre ou mauvais. Vous comprendrez l'intérêt considérable de ces questions surtout quand vous étudierez les ostéo-arthrites tuberculeuses; et vous verrez alors que leur solution est indispensable à l'établissement d'un pronostic sage et à l'institution d'une thérapeutique efficace.

Un cas de scalp par arrachement.—M, LUCAS a relaté, à la Société anatomo-clinique de Lille, l'observation d'une jeune fille qui, prise par la chevelure dans un arbre moteur faisant 60 tours à la minute, a eu la tête presque entièrement scalpée. Le cuir chevelu retombait en arrière, enlevé jusqu'à une ligne horizontale réunissant les deux apophyses mastoïdes, la nuque était donc intacte. Cette jeune fille est complètement guérie depuis quelques jours et cette observation montre la facilité avec laquelle se recolle le cuir chevelu quand le lambeau est nourri, quand presque tous les artères sont intactes.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DES DIFFICULTÉS QUE L'ON PEUT RENCONTRER DANS L'EXAMEN DE L'ARRIÈRE-FAIX ET DE LA NÉCESSITÉ DE FAIRE CET EXAMEN COMPLET.

De M. le professeur Pierre BUDIN.

Nous avons eu, ces jours-ci, dans le service, plusieurs cas intéressants qui démontrent combien l'examen de l'arrière-faix présente de difficultés et combien il est nécessaire de faire cet examen.

C'est d'abord une femme, secondipare, qui, dans les premiers jours de ce mois de novembre, a accouché sans que son accouchement ait présenté rien d'extraordinaire. C'était un occipito-iliaque gauche antérieur des plus simples. L'accouchement a été rapide, facile. Rien d'anormal. Tout a été ou ne peut plus régulier.

L'accouchement a eu lieu—très normalement, comme je viens de le dire—à 2 h. 20; le placenta était expulsé à 2 h. 40 dans les conditions aussi normales que l'accouchement lui-même.

Le placenta paraissait complet, mais il avait une forme irrégulière. L'aide sage-femme de service introduisit la main dans l'utérus et en retira des noyaux qui étaient très adhérents. Le moniteur présent à l'accouchement introduisit, à son tour, la main dans la cavité utérine et enleva encore des noyaux que l'aide sage-femme n'avait pu retirer.—Le placenta pesait 340 grammes.

Quand on m'a rapporté comment les choses s'étaient passées, je me suis demandé si ces noyaux qui avaient été retirés après l'expulsion du placenta ne pourraient pas être autre chose que du tissu placentaire à proprement parler. Je les ai fait examiner au laboratoire et on a reconnu, en effet, que ces noyaux n'étaient pas du placenta, qu'ils n'étaient pas non plus des villosités chorales, mais bien du tissu de la caduque placentaire—la partie de ce tissu qui n'avait pas été entraînée par le placenta.

On sait, en effet, que cette caduque inter-utéro-placentaire s'épaissit et que, dans certains cas, elle peut fournir des causes d'erreur.—En réalité, ces noyaux enlevés après l'expulsion spontanée du placenta n'étaient autre chose que des portions de la caduque inter-utéro-placentaire hypertrophiée, et non pas du tout des fragments de tissu placentaire ou de villosités chorales.

Chez une autre femme le placenta est arrivé déchiqueté. On a introduit la main dans l'utérus et on a senti quelques débris de cotylédons que l'on a pu enlever et des débris de membranes adhérents que la main n'a pu détacher. On a fait des injections et la femme est sortie du service, quelques jours après, en très bon état.

C'est de cette question—difficulté dans l'examen de l'arrière-faix, nécessité d'un examen complet—que je veux vous entretenir aujourd'hui.

L'utérus de la femme enceinte contient l'œuf, le placenta, le cordon et les membranes,

Une fois que l'enfant est sorti il ne reste plus dans la cavité utérine que le placenta, le cordon et les membranes.

Le cordon, il est facile de le reconnaître, mais il faut examiner avec le plus grand soin le placenta et les membranes.

Pour le placenta, lorsque vous avez une surface vernissée, lisse, ne présentant aucune altération, vous pouvez dire que, de ce côté-là, il est complet. Vous le retournez alors et vous prenez les membranes. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que les membranes sont au nombre de trois qui, en allant de dehors en dedans, sont : la caduque, le chorion, et l'amnios.

Si la femme est arrivée à terme et que l'enfant soit vivant, la caduque est mince et peu apparente. Si, au contraire, l'enfant est mort, la caduque est épaisse, hypertrophiée, elle présente tous les caractères de la dégénérescence graisseuse, et reste habituellement dans l'utérus où elle est susceptible de s'infecter facilement. Il faut donc faire grande attention dans ces cas-là.

Le chorion peut être resté adhérent sur la paroi utérine et, dans ce cas, l'amnios sort seul et forme la poche. Mais le chorion se désagrège assez habituellement et il ne peut être expulsé assez facilement avec la caduque.—Le cas est plus grave quand il y a rétention du chorion et de l'amnios ; il est plus tenace.

Il peut y avoir seulement une lacune sur un point. Un cotylédon peut avoir été enlevé, ou bien il peut y avoir eu deux cotylédons simplement écartés l'un de l'autre. Il est important de se rendre compte du fait.

S'il s'agit d'un cotylédon arraché, on trouve des villosités flottantes, de petits vaisseaux blanchâtres qui ont été déchirés. Il suffit de faire passer un filet d'eau sur la surface placentaire pour voir distinctement flotter ces petits vaisseaux au lieu d'avoir la surface lisse du placenta intact et normal.

D'autres fois, ce sont des fissures, de simples balafres que l'on rencontre sur la surface du placenta, fissures ou balafres qui deviennent apparentes dès qu'on fait passer de l'eau sur la masse placentaire.

Mais s'il y a eu seulement des cotylédons écartés, on ne constatera rien.

D'autres fois le placenta a été franchement déchiré. On ne pourra que difficilement reconstituer l'organe. Cependant on peut y parvenir dans quelques cas. Mais, si vous avez quelques doutes, si vous n'avez pu parvenir à reconstituer exactement le placenta, si en somme, vous n'êtes pas sûr de l'avoir au complet, n'hésitez pas. Lavez vos mains avec soin et faites une exploration de la cavité utérine. L'infection est à craindre, il faut avant tout vous assurer toujours que vous n'avez rien laissé dans l'utérus.—Je dis toujours et cependant, en médecine, il ne faut pas être absolu. Il y a des circonstances exceptionnelles dans lesquelles on est bien obligé de transgresser les règles mêmes les plus prudentes. Voici un exemple d'une de ces exceptions.

C'était dans le quartier de Passy. J'avais été appelé auprès d'une femme agonisante. Je ne pris pas le temps de me rendre compte si le placenta était sorti au complet. Les minutes étaient précieuses, il fallait agir sans aucun retard, il fallait se préoccuper d'abord et surtout de remonter la femme. Je parvins à la remonter par les soins que je lui fis donner.—Le placenta avait été heureusement expulsé en entier, et la femme se remit. La situation urgente m'avait mis dans la nécessité de me départir des règles de prudence qui me sont habituelles.

Quelquefois, le placenta expulsé est complet et cependant il est resté dans la cavité utérine des cotylédons qui ne sont autres que des cotylédons supplémentaires. Dans quelques cas, ces cotylédons se trouvent à une certaine distance du placenta et, si vous faites un examen rapide, vous croyez avoir un placenta complet, vous croyez que rien n'est resté dans l'utérus, et, au bout de quelques jours, vous êtes péniblement surpris par des accidents infectieux.

Comment donc faire pour se rendre compte ?

Mais, vous savez que les placentas ont des vaisseaux qui cheminent. Si vous examinez à contre jour ces vaisseaux, vous pouvez les suivre parfaitement. Si vous trouvez ces vaisseaux déchirés, bien que le placenta soit complet, vous pouvez en conclure qu'il y avait un ou plusieurs cotylédons supplémentaires. Dans ce cas vous introduisez la main dans l'utérus pour aller chercher les cotylédons qui y sont restés, vous faites des lavages utérins et vous enlevez ainsi le tout.

Voici un autre cas plus difficile. Quelquefois le cotylédon supplémentaire est appliqué sur le bord et les vaisseaux passent directement du placenta dans le cotylédon, sous les membranes, sans traverser les membranes elles-mêmes. Il est alors difficile de soupçonner le cotylédon.

L'observation de Chaleix, ancien chef de clinique à Bordeaux, est des plus intéressantes. Il y avait hémorrhagie. Chaleix fait une injection d'eau chaude qui semble arrêter le sang. Mais l'hémorrhagie reprend presque immédiatement. Chaleix n'hésite pas, il introduit la main, et retire de la cavité un cotylédon du diamètre d'une pièce de cinq francs.—Il avait préalablement examiné la surface utérine du placenta ; elle était absolument intacte et complète.

Il y a d'autres cas dans lesquels un cotylédon peut rester sans qu'on le soupçonne. Il faut être prévenu de cela et ne point perdre la chose de vue ; car on vous rendra absolument responsable si la femme succombe, bien que, dans ces cas spéciaux, ce ne soit pas toujours la faute de l'accoucheur, si les résultats sont mauvais. Aussi devez-vous prendre toutes vos précautions en conséquence.

Voici un fait que j'ai eu dans mon service d'accouchements de la Charité :

L'accouchement s'était fait dans les conditions les plus simples. Tout paraissait normal. Le placenta et les membranes examinés paraissaient au complet.

La femme cependant, bientôt après la délivrance, perdit du sang.

On ait une injection chaude, —il était 11 heures du matin. —L'hémorragie sembla s'arrêter. A 4 heures, Mlle Hénot remarqua que le ventre de la malade était très distendu. Elle introduisit aussitôt la main dans l'utérus, enleva les caillots qu'elle rencontra sur son passage et finit enfin par trouver et par ramener des morceaux de cotylédons placentaires.

Mlle Hénot examina à nouveau le placenta. Il paraissait complat et, pourtant—il n'y avait pas de doute—un morceau de placenta était resté dans la cavité utérine.

En reprenant le dit placenta et en faisant couler un filet d'eau sur sa surface, on trouvait bien le placenta circulaire—normal—mais, en y regardant de très près on découvrit un point qui n'était pas aussi uni que le reste de la surface, qui avait des filaments. En présentant le morceau de cotylédon retrouvé dans l'utérus, on s'assura qu'il s'appliquait exactement sur cette place moins lisse.

Mais quand le placenta présente une masse régulière, normale, comment reconnaître qu'il peut y avoir des fragments détachés?—Chez notre malade de la Charité il y avait eu déchirure de la veine coronaire—du sinus circulaire—au niveau de la séparation du fragment placentaire, et ce fragment s'appliquait fort bien. On aurait donc pu par là reconnaître l'existence de cette portion de cotylédon restée dans l'utérus.

En général on sent, on voit les petites surfaces blanchâtres, les petits filaments au point où étaient attachés les fragments séparés. Et, sous les lavages à l'eau claire, ces surfaces, ces filaments apparaissent plus nettement.

Voici encore un autre cas.

C'était au mois de mars 1893, à Boulogne. La femme était une secondipare.

La délivrance avait été spontanée, elle s'était faite après vingt minutes. Le placenta était complet, mais il manquait un morceau des membranes.

Je dis : Attendons, ces restes de membranes seront expulsés.—Nous étions tranquilles du côté du placenta, sur lequel nous n'avions rien trouvé d'anormal.

Pendant dix jours rien ne vint ; rien d'extraordinaire ne se produisit, mais, le onzième jour, la femme eut quelques coliques et elle expulsa les lambeaux de membranes. Quelle ne fut pas la surprise en constatant que ces lambeaux de membranes contenaient un cotylédon qui était resté dans la cavité utérine. Le vaisseau qui aurait pu nous faire reconnaître l'existence de ce cotylédon détaché était resté dans l'utérus avec les débris de membranes, et, dans ces conditions, je ne vois pas de moyen pratique de s'assurer de la présence d'un lambeau placentaire dans l'utérus.

Vous pouvez, par les faits que je viens de vous citer, vous rendre compte des difficultés considérables que l'on éprouve, dans certains cas, à s'assurer que rien n'est resté dans l'utérus après la délivrance. Examinez donc toujours avec le plus grand soin l'arrière-faix, le bord du placenta. Voyez s'il n'y a pas de débris flottants, de sinus ouverts. Toutes les fois que des membranes ou des débris de membranes seront

restés dans la cavité, songez qu'avec ces débris il peut y avoir aussi un cotylédon détaché du placenta et dont vous ne trouvez pas la trace.

Une femme accouche, la délivrance est faite, il est resté des membranes dans la cavité. La plupart du temps, grâce aux précautions antiseptiques que nous savons prendre actuellement, les choses se passent bien. Habituellement il ne se produit rien d'anormal, si toutefois il n'y avait pas eu d'infection avant la délivrance.

Dans ces conditions, allez-vous introduire la main pour rechercher les débris non expulsés?—Mais cela, le plus souvent, est inutile, et, en outre, il ne serait pas toujours très facile d'enlever les fragments. Le plus souvent, quand les membranes ne sortent pas d'elles-mêmes, c'est qu'elles sont anormales, fortement adhérentes contre les parois et qu'il est très difficile de parvenir à les décoller. Même, dans les cas d'opération césarienne, quand la cavité utérine est à découvert, il est quelquefois, extrêmement difficile de détacher ces membranes lorsqu'elles sont adhérentes. Vous sentez combien les difficultés doivent être plus grandes quand on doit opérer un peu en aveugle avec une main qui n'a pas la vue pour se guider.

Quand les membranes sont restées adhérentes à la paroi utérine, elles sont lisses et difficiles à reconnaître au toucher. En somme, s'il n'y a pas eu d'accidents d'infection antérieure, je ne vois pas qu'il y ait nécessité à introduire la main pour aller à la recherche de débris que, le plus souvent, on ne pourra pas détacher.—On attendra et, généralement, il ne se produira pas d'accidents.

Il peut arriver cependant que, dans quelques cas, les membranes soient friables, rompues depuis longtemps, et qu'elles commencent à s'infecter.—Si vous laissez aller les choses tout l'organisme sera bientôt infecté.

Que faire dans ces cas?—Des injections? Mais c'est tout à fait insuffisant. Elles n'ont qu'une action très limitée. La plus grosse partie des membranes reste dans la cavité.—Introduire la main? Mais on ne parviendra pas, la plupart du temps, à obtenir le résultat attendu, il sera impossible d'enlever ces débris adhérents.

Et alors?—Alors, j'ai eu la pensée d'avoir recours au nettoyage de la cavité au moyen d'écouvillons gros, durs, faits avec des tiges de plumes.

On fait l'antisepsie complète. On introduit ces écouvillons qui sont courbés. Une fois l'écouvillon dans la cavité, on lui imprime des mouvements de haut en bas, et de manière à ce que toute la surface utérine soit atteinte; puis on lui donne un mouvement tournant, et l'on retire l'écouvillon, qui sort imprégné des débris de membranes qu'il a détachés. On recommence l'opération une seconde, une troisième, une quatrième fois, et plus si c'est nécessaire, jusqu'à ce que l'écouvillon ne ramène plus rien.—Il arrive même parfois qu'avec les membranes on ramène aussi un peu de caduque inter-utéro-placentaire.

Par ce moyen, on réussit généralement à se préserver de tout accident.

REVUE D'HYGIÈNE

LA FABRICATION DES ALLUMETTES ET SES DANGERS.

Nous avons par devers nous le volumineux rapport présenté en janvier 1899 au gouvernement anglais par les professeurs Thorpe et Oliver, et par le Dr Cunningham, dentiste, sur l'emploi du phosphore dans la fabrication des allumettes. Spécialement délégués à cet effet par le gouvernement anglais, les auteurs du rapport visitèrent les manufactures d'allumettes des pays suivants : France, Belgique, Hollande, Norvège, Suède, Danemark, Allemagne et Autriche, et firent de l'emploi du phosphore, et des dangers de nécrose phosphorée qu'il entraîne, une étude suffisamment complète pour en tirer des conclusions au point de vue de la prophylaxie. Le Dr Ethier, de l'hôpital Notre-Dame, ayant signalé dernièrement des cas de nécrose phosphorée traités à cette institution, nous avons cru bon de donner une courte analyse de l'important rapport des commissaires anglais, afin de mettre nos lecteurs au courant de cette question d'hygiène industrielle. On verra que la question vaut la peine d'être étudiée.

L'usage de l'allumette lucifer, de l'allumette qui s'allume partout, est universel dans les pays civilisés, et, du moins jusqu'à l'heure actuelle, cette allumette ne peut pas exister sans le phosphore. On a essayé en France de remplacer ce corps par une pâte dans laquelle entre le chlorate de potasse et le sesqui-sulfure de phosphore, mais les résultats n'ont pas été satisfaisants, et le phosphore jaune, bien ou rouge reste encore la matière indiquée pour composer la tête de l'allumette (lucifer) ou servir à garnir la boîte sur laquelle celle-ci (safety) devra être frottée. Dans ce dernier cas, on emploie le phosphore rouge, qui n'est pas dangereux. Dans le premier cas, le phosphore jaune est la matière de choix, et ce phosphore, durant la manipulation de la pâte et des allumettes, émet des vapeurs qui semblent être très toxiques.

Dans les manufactures, les ouvriers qui mélangent la pâte, qui trempent les bois dans une couche de cette pâte étendue sur une table, qui séchent les allumettes et qui les mettent en boîte, sont exposés constamment à l'action des vapeurs de phosphore. Ils sont exposés de plus, à l'heure des repas, à ingérer du phosphore avec leurs aliments.

Action du phosphore sur l'organisme.

Cette action n'est pas encore élucidée d'une manière parfaite, pour ce qui s'agit de l'action locale.

Les vapeurs de phosphore paraissent exercer une action locale

sur les dents ; les dents deviennent adhérentes à l'os de la mâchoire, ce qui rend leur extraction difficile et douloureuse. Aussi les ouvriers des manufactures d'allumettes ont-ils une sainte horreur du dentiste. Mais il y a à cela encore une autre raison : c'est que, d'après leur propre expérience surtout, une dent arrachée ouvre la porte à la nécrose phosphorée.

Il n'y a aucun doute que toute plaie faite aux gencives devient une porte d'entrée excellente ; mais si cette plaie, ou si encore la carrie prononcée des dents, donne naissance chez les ouvriers à la nécrose du maxillaire, ce résultat n'est pas dû probablement autant à l'action locale du phosphore qu'à son action sur l'organisme en général, action qui le dispose d'une manière toute spéciale à l'infection locale dès qu'une porte d'entrée existe. Le processus est le même ici que dans la plupart des infections.

L'action du phosphore sur l'organisme, après ingestion, s'exerce aisément. On sait combien est dangereuse, même à petites doses, l'administration de l'huile phosphorée chez les enfants. Les doses moyennes, chez les grandes personnes, produisent, pourvu qu'elles soient continuées suffisamment longtemps, la dégénérescence graisseuse de tous les organes. A doses minimales et répétées, le phosphore agit spécialement sur les os, qui s'altèrent, deviennent aisément fragiles, et sont facilement atteints d'ostéite et surtout de périostite. La suppuration qui en résulte contient les microbes ordinaires du pus (staphylocoques), tandis que les organes importants de l'économie ne sont atteints qu'à la longue.

Si l'on a bien ces notions dans la mémoire, on comprendra aisément pourquoi, dans les manufactures d'allumettes, le fait a été constaté par les commissaires anglais, et malgré le mauvais état de leurs dents, beaucoup d'ouvriers restent réfractaires à l'effet du phosphore, ou du moins n'en montrent pas de symptômes à l'extérieur. Seulement, vienne l'extraction d'une dent, et l'on constatera que la racine est soudée à la mâchoire, et la suppuration s'établira avec facilité dans l'alvéole dénudée. Au moment où éclatent ces manifestations accidentelles, l'ouvrier avait subi depuis longtemps l'action lente et insidieuse du phosphore à petites doses.

Il est donc bien probable que les vapeurs ne jouent ici qu'un rôle secondaire, et que l'ingestion lente et prolongée tient la première place. Cependant il ne faut pas oublier qu'on a produit expérimentalement de l'ostéo-périostite par action des vapeurs de phosphore sur les os dénudés, et que les traumatismes des os chez des animaux intoxiqués par le phosphore n'ont pas donné les mêmes résultats. Le phosphorisme étant une maladie non microbienne, cela n'a rien d'étonnant ; mais les résultats n'auraient peut-être pas été les mêmes si l'on eut mis les lésions traumatiques en communication avec l'extérieur, ou avec une cavité à microbes comme la bouche.

Fréquence de la nécrose phosphorée.

L'état de la nutrition générale des ouvriers n'étant pas signalé dans les rapports officiels, l'existence de l'intoxication phosphorée

n'est donc signalée dans les statistiques que par la manifestation extérieure la plus sérieuse : la nécrose du maxillaire. Quelques auteurs ont cependant signalé la facilité de production des fractures des membres chez les ouvriers des manufactures où l'on emploie le phosphore.

La nécrose phosphorée est suffisamment fréquente pour faire juger de l'extension de l'intoxication par le phosphore. On signale en Angleterre, de 1894 à 1898, 36 cas, dont trois mortels, sur 1521 ouvriers mélangeurs, trempeurs ou metteurs en boîte. En Suisse, sur 300 ouvriers employés dans les manufactures, la nécrose phosphorée fournit chaque année de cinq à dix cas, soit un pourcentage de 1.6 à 3 pour cent. Au Danemark, pendant cinq ans, 250 ouvriers ont fourni onze cas. En Autriche, sur une période de dix-huit ans, les inspecteurs ont eu connaissance de 140 cas. En Allemagne, onze cas ont été signalés en 1894. Par contre, en France, depuis 1896, il n'y a eu qu'une seule malade portée sur la liste des nécrosés.

Un fait constaté par les commissaires anglais, et dont l'importance n'échappera à personne, c'est que la nécrose du maxillaire n'est pas spontanée, mais est *appelée* dans la région par la carie d'une dent ou la lésion des gencives, et qu'elle peut survenir avec la cause déterminante lorsque l'ouvrier a quitté la manufacture depuis deux ans et plus. Il y a là une autre preuve que l'action directe des vapeurs n'est pas nécessaire à la production de la nécrose, qui n'est qu'une infection accidentelle sur un terrain favorable.

Prophylaxie de la nécrose.

L'antiseptie de la bouche est donc un excellent moyen de prévenir les accidents d'infection, et les commissaires anglais n'ont pas manqué de recommander dans les conclusions de leur rapport au gouvernement l'emploi exclusif d'ouvriers dont les dents sont saines, l'inspection périodique de la bouche des ouvriers, la suspension de ceux-ci, quand il y a lieu, jusqu'à ce que les lésions buccales aient été réparées. Et ils ont cité avec éloge l'exemples de MM. Bryant et May, qui ont établi dans leurs manufactures un cabinet de dentiste.

L'exemple des manufactures françaises, où l'on met à la disposition des ouvriers des gargarismes antiseptiques, leur paraît digne d'être imité.

Enfin ils ont beaucoup admiré et décrit avec détails les machines qu'on emploie en Amérique, et qui réduisent à son minimum la manipulation de la pâte par les mains des ouvriers, ainsi que les systèmes de ventilation du champ opératoire, où un courant d'air rapide emporte les vapeurs au fur et à mesure de leur production.

Prophylaxie générale de l'intoxication par le phosphore.

Toutes ces mesures ont sans doute une importance considérable, mais elles offrent, comme mesure d'hygiène publique, deux inconvénients graves : 1° elles sont dispendieuses, et ne peuvent par consé-

quent s'appliquer à toutes les manufactures ; 2° elles ne visent pas la cause essentielle de la nécrose phosphorée, l'intoxication lente par le phosphore

Aussi les commissaires anglais se rapprochent-ils d'avantage du but à viser, selon nous, quand ils recommandent l'usage obligatoire et gratuit pour les ouvriers de l'eau chaude, du savon et des essuie-mains, la toilette soignée des mains et de la bouche avant chaque repas, l'emploi d'habits de travail conservés dans des armoires spéciales, et qu'on enlève avant d'aller manger, l'exclusion des manufactures d'allumettes des enfants et des personnes faibles.

A propos des repas, le règlement des manufactures de l'Etat, en France, mérite d'être cité :

“ Il est interdit d'apporter des aliments ou des boissons dans les ateliers. Ces objets de consommation doivent être déposés au réfectoire.

“ Les ouvriers qui désirent faire une légère collation dans la journée ou prendre leur repas à l'établissement pendant l'interruption du travail doivent se rendre au réfectoire aux heures fixées à cet effet et accomplir au préalable les formalités ci-après :

1° Déposer dans les vestiaires leurs vêtements de travail.

2° Se laver les mains au savon noir.

3° Se gargariser la bouche avec les gargarismes mis à leur disposition par l'Administration.

“ Les mêmes précautions seront prises au moment de quitter le travail pour la sortie des ateliers, ainsi qu'il est recommandé par les articles 30 et 31 du règlement d'ordre et de discipline intérieure.”

N'oublions pas que c'est avec des mesures semblables que l'on a fait disparaître de la fabrique d'allumettes de Pantin-Aubervilliers (700 ouvriers) la nécrose du maxillaire, et même les troubles moins importants du phosphorisme, ainsi que le Dr Courtois-Suffit a pu le rapporter à l'Académie de Médecine le 7 décembre 1897.

Galippe, Riche, Moyrand, Magitot s'accordent à dire que la nécrose n'est qu'un accident au cours d'une intoxication générale, et pour eux la prophylaxie de l'intoxication phosphorée, du moment qu'on ne peut pas supprimer l'emploi du phosphore jaune, doit viser à supprimer l'ingestion du phosphore : 1° en limitant autant que possible les manipulations des ouvriers ; 2° en ventilant la table de travail au moyen d'un courant d'air chargé de benzine ; 3° en imposant aux ouvriers, avant les repas et à la sortie de l'atelier, une toilette soignée de leur personne, surtout de la bouche et des mains.

L'étude attentive du volumineux rapport de MM. Thorpe, Oliver et Cunningham, les commissaires anglais chargés de faire rapport sur la question, confirme pleinement, bien que ces messieurs ne l'admettent pas textuellement, la manière de voir des spécialistes français, et l'un d'eux, M. Cunningham, en publiant dans son rapport, pour qu'on puisse les comparer, les photographies d'ouvrières françaises et d'ouvrières anglaises, a rendu au bien fondé et à l'efficacité de l'hygiène française un hommage qui, pour être discret et silencieux, n'en est pas moins fort significatif.

Bibliographie.

Reports to the Secretary of State for the Home Department on the Use of Phosphorus in the Manufacture of Lucifer Matches, by professor T. E. THORPE, principal chemist of the Government Laboratory, prof Thomas OLIVER, physician to the Royal Infirmary, New-Castle upon-Tyne; Dr George CUNNINGHAM, senior dental surgeon to the London Hospital.—London, 1899.

Rapport sur le service dentaire à Pantin et Aubercilliers (1892-94), par le Dr MOYRAND, chirurgien dentiste des Hôpitaux.

Recherches critiques et expérimentales sur une forme d'ostéite infectieuse appelée "nécrose phosphorée", par le Dr A. GALIPPE, dentiste des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine.—1897.

Allumettes et nécrose phosphorée, par A. RICHE, in *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1897.

Rapport de la Commission chargée de rendre hygiénique la fabrication des allumettes, par MM. Théophile ROUSSEL, MAÏTOT, Ch. MONOD, HANRIOT et VALLIN.—Bulletin de l'Académie de Médecine, Paris, 1897.

 ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE.

Assemblée annuelle.

La réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne aura lieu à Toronto les 30 et 31 d'août et le 1er septembre, dans la bâtisse du département de l'Éducation. La question de la licence inter-provinciale a été placée sur l'ordre du jour. La réunion de l'Association coïncidera avec la première semaine de l'Exposition Industrielle, et les compagnies de chemins de fer vendront leurs billets à moitié prix. Il y aura en outre un programme d'amusements variés. Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétaire, le Dr C. R. Dickson, 296, rue Sherbourne, Toronto.

 BIBLIOGRAPHIE.

TRUAX.—*The Mechanics of Surgery* comprising detailed descriptions, illustrations and lists of the instruments, appliances and furniture necessary in Modern Surgical Art, by Charles TRUAX Octavo-royal, p. 1024.—Chicago, U. S. A.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, AOUT 1899

COURRIER DES HOPITAUX

HÔPITAL NOTRE-DAME

Par A. ETHIER, Médecin Interne.

Chers Lecteurs,

L'abondance de matière dans le numéro de juillet ne m'a pas permis d'y intercaler mon courrier ordinaire.—Pour vous mettre, Confrères, au courant des changements survenus dans les différents départements pour les services d'été, je vous en ferai aujourd'hui un court résumé.

En chirurgie, le Dr O. F. Mercier qui avait remplacé le Dr A. T. Brosseau depuis qu'il est malade, est à son tour remplacé par le Dr P. Parizeau. La médecine a pour chef de service le Dr J. D. Gauthier assisté du Dr R. Hébert. Le Dr H. M. Duhamel a succédé au Dr A. A. Foucher, et le Dr M. T. Brennan a cédé la place de gynécologue au Dr L. de Lotbinière Harwood, assisté du Dr A. Ethier. Le dispensaire de chirurgie mineure que l'on avait confié au Dr A. Ethier en l'absence du Dr Mercier est aujourd'hui sous la direction des Drs Curran et A. Ethier. Les autres dispensaires sont faits par les différents médecins qui y sont attachés. et y font le service à tour de rôle. Au laboratoire de pathologie, le Dr Valin été nommé l'assistant du Dr Parizeau et en a la direction en l'absence de ce dernier. Ces changements datent du 1er juillet dernier et dureront jusqu'à la reprise des cours universitaires en octobre prochain.

Nous avons le plaisir d'annoncer aux confrères la nouvelle de l'installation d'un appareil de Rayons X. C'est un magnifique appareil complet et aussi puissant qu'on puisse l'obtenir, qui est destiné à nous rendre des services immenses, surtout en chirurgie.

En outre de la localisation des corps étranges, de la déformation des os, etc., nous pouvons faire *de visu* le diagnostic d'une fracture quelconque, en pratiquer la réduction et constater ensuite sur le champ, au travers de tout bandage, ouate, attelles en bois, plâtre, si notre réduction est parfaite ou vicieuse, et y remédier aussitôt.

La médecine pourra aussi en tirer de grands profits. L'autre jour en examinant une fillette de 17 ans pour une déviation de la colonne vertébrale, nous avons pu suivre les battements cardiaques et même la dilatation de l'aorte au-dessus de la crosse. Plus tard, quand le temps nous le permettra nous pourrons faire d'intéressantes expériences avec cet instrument merveilleux.

Le Dr Foucher qui avait la direction de ce département depuis son installation s'est vu forcé d'y renoncer par suite d'un surcroît d'ouvrage. Le bureau médical l'a alors confié aux Drs Parizeau, Valin et Ethier.

Nous y ferons de la radioscopie et de la radiographie.

Grande activité depuis la commencement de juin dans les différents services de l'Hôpital, mais principalement dans celui de la chirurgie. Les dispensaires regorgent de malades; les salles ne sont pas assez spacieuses pour recevoir tous les patients qui se présentent pour y être admis.

Nous avons rarement vu une série de fractures, si grande, se présentant en même temps, comme celle qui se présente actuellement. Pendant la dernière semaine de juin et la première semaine de juillet, nous avons sous traitement dans les salles chez des sujets variant de deux à 84 ans, fractures du fémur, huit; fractures du tibia et du péroné quatre; fractures du crâne deux; fracture de la rotule deux, et une de l'avant-bras. Au dispensaire de chirurgie nous en comptons dans le même temps trois de la clavicule, deux de la l'avant-bras et une de côtes. Et depuis ce temps nous en avons reçu encore plusieurs nouvelles.

Bon nombre d'opérations ont été pratiquées en chirurgie par le Dr P. Parizeau, parmi lesquelles nous signalons une cystotomie suspubienne pour une cystite tuberculeuse et le patient en a ressenti beaucoup de soulagement. Un autre patient de 62 ans ayant été opéré en février dernier pour calcul vésical par la méthode de la lithothritie, se présentait de nouveau il y a une quinzaine, accusant les mêmes symptômes qu'avant son opération. Un examen fait constater la présence de nouveaux calculs. Cette fois le chirurgien choisit la taille hypogastrique et retire trois calculs de différentes dimensions et assez volumineux. Le patient relève très bien de ce traumatisme.

Une néphropexie chez une jeune fille, pour un rein déplacé se comporte aussi très bien. Une fracture de la rotule chez une femme de 40 ans passés, où l'on ne pouvait avoir une réunion parfaite des fragments a été traitée par la suture métallique. Le succès est superbe jusqu'à présent. Quelques cancers du sein sont aussi à signaler.

Les opérations en gynécologie qui avaient été assez rares pendant quelque temps semblent vouloir reprendre. Ce sont, pour la plupart des laparatomies pour fibromes utérins, kystes de l'ovaire, annexites.

En médecine nous comptons peu de fièvre typhoïde depuis le commencement de la saison, huit ou dix cas en tout je crois, et pas de complications. Deux cas traités depuis quelque temps à la maison, et transportés ici parce qu'ils n'allaient pas bien, sont morts peu de jours après leur arrivée.

Août. 1899.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSEMBLÉE DE JUILLET 1899 DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

Au moment où nos lecteurs reçoivent la présente livraison de *L'Union Médicale*, le Bureau des Gouverneurs aura déjà fait imprimer et distribuer à toute la profession le compte-rendu officiel de sa dernière assemblée. Nous ne croyons pas qu'il soit utile de le publier nous-mêmes *in-extenso*, et nous nous contenterons, dans le présent article, d'en analyser les points les plus saillants.

Le nouveau Bureau est au pouvoir depuis un an; il a eu le temps de se débrouiller, et nous pouvons maintenant commencer à le juger sur ses actes, et voir s'il remplit bien le programme qu'il s'était tracé.

Le rapport préliminaire de l'auditeur a paru dans la livraison de juillet. La lecture de ce rapport intéressant n'aura pas manqué d'inspirer des réflexions profondes à nos lecteurs. Ce M. Gonthier est évidemment un auditeur un peu plus sérieux que ceux que l'ancien bureau avait à son service, et il est loin de donner son *approbation* aux livres de ces messieurs. On reconnaîtra que les accusations portées pendant la campagne électorale était fondée sur des faits, et que la tenue des livres du Collège était irrégulière et mal faite. Les gens enclins à la mansuétude diront qu'il y avait là beaucoup plus d'inexpérience qu'autre chose. C'est possible. Mais dans une administration aussi importante que celle du Collège de Médecins, de pareilles irrégularités doivent être évitées avec le plus grand soin, parce qu'elles ouvrent la porte à de nombreux abus, et qu'il se trouve toujours quelqu'un pour en profiter. Parmi les médecins dont les noms sont cités dans les tableaux de l'auditeur, nous en connaissons qui en savent long, et pour cause, sur la manière d'agir de certains officiers de l'ancien bureau, et nous conseillons fortement au nouveau Bureau de prendre des informations auprès de tous ces médecins. Nous sommes sûrs qu'il recueillera des renseignements précieux. Il est bon de s'assurer comment il se fait qu'un médecin dont le nom n'apparaît ni dans le livre de Caisse, ni dans le livre des Minutes, est cependant inscrit dans le Régistre Médical, imprimé par les soins de M. le Régistraire, et qui fait preuve *prima-facie* devant les tribunaux de la licence du médecin.

Le passage suivant n'aura pas manqué non plus d'attirer fortement l'attention de nos lecteurs : “ *Dans le livre de caisse de M. le Dr Beausoleil, il manque vingt-six pages qui ont été déchirées et sur celles qui restent, les seules entrées sont pour les dépenses et les remises au Trésorier.*”

Le Dr Beausoleil a supprimé, d'un seul coup de pinceau, dans un livre qui appartient au Collège, l'entrée des recettes qui ont passé par ses mains à lui, le Dr Beausoleil, et il a donné pour excuse que ces pages lui appartenaient, ayant déjà été auditées par MM. Girouard et Smith. Voilà un acte illégal qui ne manquera pas d'être apprécié comme il convient. Et cependant, quand nous avons élevé la voix, dans cette revue même, pour attirer l'attention de la profession sur le Dr Beausoleil, on nous a accusé d'injustice, d'ambition personnelle, d'animosité, et que sais-je encore. On doit voir aujourd'hui qui avait raison : déchirer des livres officiels n'est pas un acte fort recommandable.

Nous attendrons avec impatience la fin du rapport de M. Gonthier.

Suivant sa promesse, le Bureau s'est occupé des charlatans, et a pris durant l'année une quarantaine de poursuites, avec succès dans quelques cas, avec insuccès dans la plupart. Et cela est dû à l'insuffisance de la loi, qui laisse une grande marge à messieurs les charlatans, et bien souvent aussi au mauvais vouloir des juges, qui semblent souvent avoir pour ces messieurs une sympathie toute particulière. Cela ne doit pas d'ailleurs nous étonner : on a vu un jour un lieutenant-gouverneur faire venir pour lui soigner une entorse, une rebouteuse bien connue, ce qui lui a sans doute permis de mettre sur ses cartes d'annonce : rebouteuse de son Excellence. Ainsi qu'on l'a vu dans la cause prise à Joliette, il arrive que le curé de la paroisse donne un aussi mauvais exemple, ce qui devient alors désastreux pour le médecin du village. Il est bon d'attirer l'attention sur cette protection des charlatans par les classes dirigeantes, et de faire voir à quels abus cela peut donner lieu. On parviendra peut-être ainsi à former l'opinion publique, et qui sait, peut-être même à faire passer une loi suffisamment protectrice par nos députés.

Le projet de refonte de la loi médicale a été enfin adopté d'une manière définitive, et il sera présenté à la législature à la prochaine session. Le principe de la représentation basée sur la population n'a pas été accepté par nos amis de Québec, qui y ont vu, bien à tort assurément, un danger pour leur district. Ils ont même cru pendant un certain temps à une conspiration de la part des gens de Montréal, ce qui était absurde et enfantin, et de plus un grand manque de con-

fiance envers le Dr Catellier, leur représentant autorisé sur le Comité de Législation. La loi médicale ne permet pas l'empiètement des districts les uns sur les autres, et l'intérêt même de chacun des districts s'y oppose. Aussi tout le monde s'est-il facilement mis d'accord sur la question, et les grands préparatifs du combat sont restés inutiles.

Voici la division électorale que l'on a adoptée, et qui donne un député de plus à à Montréal.

1° *District de Québec.*

Ville de Québec	{	Division N° 1 : Québec centre...	3	gouverneurs
		Division N° 2 : Québec ouest,	3	—
		Québec est et St-Sauveur.		
Comtés de		Lévis et Lotbinière.....	1	gouverneur
—		Montmorency, Québec, Portneuf.	1	—
—		Charlevoix, Chicoutimi, L. St-Jean	1	—
—		Beauce, Dorchester.....	1	—
—		Bellechasse, Montmagny, L'Islet.	1	—
—		Kamouraska, Témiscouata.....	1	—
—		{ Rimouski, Matane, Gaspé....	1	—
		{ Bonaventure, Isles de la Magdeleine.....		
Total.....			13	gouverneurs.

2° *District de Montréal.*

Ville de Montréal	{	Divisions N° 1, N° 2.....	2	gouverneurs
		Divisions N° 3, N° 4.....	2	—
		Divisions N° 5, N° 6.....	2	—
Comtés de		{ Joliette, l'Assomption.....	1	gouverneur
		{ Montcalm et Berthier.....		
—		{ Terrebonne, Deux-Montagnes..	1	—
		{ Argenteuil, Laval.....		
—		Ottawa, Pontiac.....	1	—
—		{ Beauharnois, Chateauguay.....	1	—
		{ Huntingdon, Soulanges, Vaudreuil.....		
—		Shefford, Brome, Missisquoi.....	1	—
—		{ St-Jean, Chambly, Naperville..	1	—
		{ Iberville, Laprairie.....		
—		St-Hyacinthe, Bagot, Rouville.....	1	—
—		Richelieu, Yamasca, Verchères....	1	—
—		Hochelaga Est.....	1	—
—		Hochelaga Ouest, Jasques-Cartier	1	—
Total.....			16	gouverneurs.

3° *District de Trois-Rivières.*

Comtés de Drummond, Arthabaska, Mégantic....	1	gouverneur
Ville de Trois-Rivières et Comté de Champlain...	1	—
Comtés de St-Maurice, Maskinongé, Nicolet.....	1	—
	<hr/>	
Total.....	3	gouverneurs

4° *District de St-François.*

Ville de Sherbrooke et Comté de Sherbrooke.	2	gouverneurs
Ville de Compton, Stanstead, Richmond et Wolfe.....	1	—
	<hr/>	
Total.....	3	gouverneurs.

Récapitulation.

District de Québec.....	13	gouverneurs
— de Montréal.....	16	—
— de Trois-Rivières.....	3	—
— de St-François.....	3	—
Les Universités.....	3	—
	<hr/>	
Grand total.....	48	gouverneurs.

L'élection des gouverneurs du Collège aura lieu séparément dans chacun des districts sus-dits, et se fera par bulletin de votes envoyés par la poste ou remis personnellement à l'officier rapporteur qui aura été nommé par le Bureau. Il y aura un officier rapporteur pour chaque district. Les procurations sont définitivement abolies, et même le Bureau des Gouverneurs a décidé qu'il n'y aurait pas de nomination de candidats, et qu'il ne pourrait pas y en avoir. Dans chaque district les médecins voteront pour qui bon leur semblera.

On voit que de ce côté, le nouveau Bureau des Gouverneurs a tenu parole, et que le mode d'élection, complètement changé, sera mis à l'abri de tout contrôle. La profession sera dorénavant libre d'agir à sa guise, et pourra faire prévaloir sa volonté sans qu'on puisse y apporter aucune entrave. Tout comme en politique, les médecins vont devenir les libres et indépendants électeurs. Seulement, comme il n'y aura pas de candidatures officielles, on leur fera moins de discours. D'ailleurs, à l'élection de juillet 1898, la profession a prouvé que ce n'était pas des discours qu'il lui fallait.

Il reste maintenant à faire adopter la nouvelle loi par la législature.

ture. Il est peu probable que les députés n'accueillent pas avec faveur une loi qui a été demandée par neuf cents médecins, et qui leur sera présentée par les gouverneurs mêmes du Collège.

Les Gouverneurs se sont aussi mis du pain sur la planche pour les prochaines assemblées. Ils ont d'abord donné leur adhésion au principe de la licence interprovinciale, et montré qu'ils étaient prêts à s'entendre sur ce sujet avec les autres provinces; mais en même temps, et avec une sage réserve, ils ont laissé comprendre qu'ils ne sont pas disposés pour cela à sacrifier aucun des droits de la province de Québec, pas plus que sa liberté d'action. En face des Bureaux des autres provinces, qui s'imaginent que l'éducation médicale canadienne-française est très inférieure, cette attitude du Bureau de Québec nous plait beaucoup.

La question de l'exercice illégale de la médecine par les pharmaciens est des plus importantes, car il y a là abus considérable. Donnez-moi le nom d'un médecin en vogue, et je me fais fort de me procurer ses prescriptions chez le pharmacien moyennant le prix des remèdes. "Monsieur, dira le client au pharmacien, j'ai ma fille qui est en consommation; on me dit que le Dr X est très capable pour soigner cette maladie.—Monsieur, à qui le dites-vous? Il ne se passe pas de jours que je n'aie plusieurs de ces prescriptions à remplir! Et tout le monde en est enchanté.—Oui, seulement, voyez-vous, il charge très cher pour ses consultations, et je n'ai pas les moyens de payer ces prix là. Et pourtant je voudrais bien soigner ma fille. Voyons, faites-moi une faveur, et remplissez-moi la prescription du Dr X.; je vous paierai les remèdes." Et la plupart du temps le pharmacien consent. Quant à délivrer aux passants des sirops pour le rhume, la coqueluche, le rhumatisme, les cors aux pieds, on n'en parle pas; c'est une chose banale. Si le Bureau des Gouverneurs parvient à s'entendre à ce sujet avec Messieurs les pharmaciens, il rendra un grand service à la profession. Seulement, il a besoin d'y aller avec précautions, car ces messieurs sont très chatouilleux pour tout ce qui touche à leurs privilèges, us et coutumes.

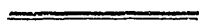
Il paraît que MM. les homéopathes, désireux d'augmenter leur nombre, accordent avec facilité leur licence aux candidats bloqués par le Bureau des Gouverneur du Collège, et leur permettent ainsi de pratiquer avec des doses fort minimes de remèdes et de science. Ce principe de l'homéopathie nous paraît fort douteux, et le Bureau pourrait bien avoir raison de s'inquiéter de la chose. Le cas signalé par le Dr Austin ne doit pas être isolé.

Messieurs les candidats à la licence apprendront avec plaisir

que le Bureau se propose, quand ils seront refusés sur une matière, de ne leur faire reprendre que cette matière là, et non pas toutes les autres matières sur lesquelles ils avaient déjà été reçus. Par contre, lorsqu'ils subiront leur examen devant les examinateurs du Collège, ils auront à subir des examens cliniques dans les hôpitaux, ce qui est encore la meilleure manière de connaître la valeur d'un candidat.

En somme, on voit que nos Gouverneurs ne perdent pas leur temps, et qu'ils sont entrés franchement en besogne. Il suffit d'ailleurs de constater l'ordre et la méthode observés aux séances du Bureau pour comprendre que nous avons affaire à des gens sérieux, qui ne perdent pas leur temps en discours inutiles et en réclames intempestives, mais qui veulent travailler au meilleur de leur connaissance pour le bien général de la profession.

La nomination de M. le Dr Charles Marsil à la position occupée par son père, feu l'honorable David Marsil, sera accueillie avec faveur, nous n'en doutons pas. Le Dr Charles Marsil est un jeune homme de beaucoup de talents. que son amour filial a toujours retenu à St-Eustache, où il est destiné à soutenir sans faiblesse l'honneur du nom, et il nous fait plaisir de le voir appelé sur un terrain plus vaste, où il saura faire apprécier ses qualités personnelles en même temps que rendre service à ses compatriotes.



Péritonite tuberculeuse rébelle guérie par la radiothérapie.—MM. AUSSET et BÉDART ont publié dans l'*Echo médical du Nord* une bien intéressante observation. Il s'agit d'une enfant de neuf ans, qui avait été maintes fois ponctionnée, et même laparotomisée qui avait reçu un grand nombre de lavements créosotés, qui était suralimentée, et qui malgré cela voyait toujours son liquide se reproduire, en même temps que les lésions péritonéales s'accroissaient, car des masses indurées se manifestaient de plus en plus volumineuses.

En désespoir de cause on essaye les rayons X et à partir de ce moment l'ascite se résorbe, la paroi abdominale reprend de sa souplesse, les masses indurées disparaissent, l'état général s'améliore, alors que simultanément tout autre traitement avait été supprimé.

D'un fait unique les auteurs se gardent de conclure, mais il n'en est pas moins vrai qu'il semble y avoir eu là autre chose qu'une coïncidence.

L'Abeille Médicale).