

## 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.

---

## Hôpital Notre-Dame.

Conférences cliniques par A. T. BROUSSEAU professeur de clinique chirurgicale à l'Université-Laval.

---

*Des fractures compliquées de plaies, leur traitement,—leur pronostic,—la question d'amputation.*

Messieurs,

Nous avons en ce moment dans nos salles plusieurs cas de fractures, entre autres une fracture composée du nez et trois fractures composées du membre inférieur. Nous ne saurions laisser passer cette occasion favorable, sans vous faire quelques remarques pratiques touchant ces lésions si fréquentes et si graves.

Dans le langage clinique, on dit qu'une fracture est compliquée (les anglais disent composée) quand il existe en même temps une plaie communiquant avec la fracture, cette dernière se trouve ainsi en contact avec l'air extérieur. Ce qui donne à ces lésions une gravité toute spéciale, c'est l'action de l'air sur les fragments.

Le pronostic est beaucoup moins sérieux lorsque la plaie cutanée est étroite, sinueuse et que l'on réussit à la clore par première intention, mais si la plaie est large, il survient ordinairement de terribles complications—abcès profonds, nécroses, infection purulente etc. — Cependant ces dangers peuvent être surmontés et le malade guérir après un temps plus ou moins long.

Le traitement des fractures compliquées est parfois très-précis; par exemple, lorsqu'un membre est broyé, il faut faire l'amputation ou la résection suivant l'état des parties. Si au contraire la plaie est étroite, il faut la fermer et agir comme si la fracture était simple.

D'autre part, certaines fractures compliquées placent le chirurgien dans un cruel embarras. Doit-il amputer, doit-il réséquer ou tenter la conservation du membre?

C'est dans des circonstances comme celle-ci que le tact, le jugement et la science du chirurgien sont mises à l'épreuve. Du mode de traitement qu'il adopte dépend souvent la vie ou la mort du patient, la conservation ou la perte d'un membre.

Un célèbre chirurgien a dit: "Conserver la vie c'est notre principal but; en arriver là, même par le sacrifice d'un membre c'est encore faire de la conservation.

"Couper un membre inutilement, c'est une *erreur* que le chirurgien ne commet pas volontairement, mais sacrifier la vie dans le but de conserver un membre, en est une bien plus grande. Cependant les chirurgiens timides la commettent souvent.

"Abandonner à la nature un membre malade, est une lâcheté qui ne demande aucun effort d'intelligence, mais l'amputer demande du courage, des connaissances et impose une grande responsabilité."

Faire une amputation c'est de l'art, mais décider si cette opération est absolument nécessaire, est infiniment plus difficile, car cela demande beaucoup plus de savoir et de jugement.

Le point capital dans ces fractures compliquées de plaies, c'est que l'os ne suppure pas, car lorsque l'os fracturé suppure (et malheureusement tous les efforts que nous faisons pour l'en empêcher ne réussissent pas toujours) les phénomènes cliniques et anatomiques de la consolidation se trouvent tout particulièrement modifiés.

Nous avons aussi des différences suivant que l'ostéite suppurante occupe la *superficie* ou *toute l'épaisseur* de l'os et quelle est plus ou moins intense.

Si l'ostéite est bénigne et superficielle, le malade n'a pas de symptômes généraux, pas de fièvre, le membre n'est que modérément gonflé, la suppuration est peu abondante et sans fusées purulentes. La mobilité entre les fragments commence à diminuer vers le trentième jour et la consolidation a lieu vers le soixante-et-dixième, s'il y a eu nécrose superficielle et sur un seul point de l'os.

Mais lorsque la suppuration envahit la surface, la profondeur de l'os et le canal médullaire, l'ostéite est *suppurative générale* (c'est cette forme que M. Gosselin appelle *Ostéomyélite*); elle est très grave. Les phénomènes cliniques varient suivant l'intensité de l'inflammation osseuse.

Si cette inflammation est modérée, la fièvre traumatique n'est pas très-violente. Le pouls ne dépasse pas 110; la température 39.

Si on est obligé de déplacer le membre pour le panser, on voit le pus s'échapper des parties profondes.

Au bout de trois à six mois, un gros cal existe au niveau de la lésion primitive de l'os.

Le cal se fait aux dépens des bourgeons charnus eux-mêmes et aussi aux dépens du canal médullaire et du tissu compact, comme aux dépens du périoste.

Le périoste n'est donc pas la seule partie formatrice du cal.

Dans certains cas, l'*ostéo-myélite* donne lieu à une fièvre traumatique des plus graves, qui est le point de départ de cette autre fièvre qui est l'infection purulente et qui est si souvent mortelle.

Le séjour à la campagne, une bonne constitution empêchent la suppuration de devenir putride. Dans les grandes villes, dans les hopitaux les moyens d'atteindre ce but sont le pansement de Lister, et plus sûrement encore en pratiquant l'*occlusion* de la plaie avec le collodion et la ouate. Voici le procédé opératoire adopté dans tous les cas où la plaie est petite ou moyenne :

On rapproche les lèvres de la plaie par des points de suture, puis on met une couche de collodion, puis une légère couche de ouate et ainsi de suite jusqu'à ce que la plaie soit hermétiquement fermée.

On peut encore se servir de bandelettes de linge ou de baudruche collodionnées et imbriquées en cuirasse.

On se sert encore dans ce pays de bandelettes enduites de baume du Canada.

Il faut laisser cet appareil en place pendant une dizaine de jours.

Si la fracture est compliquée d'une grande plaie, le chirurgien doit encore essayer l'*occlusion*, du moins dans un certain nombre de cas ; mais il aura soin d'enlever les bandelettes aussitôt que la douleur et le suintement du pus l'avertiront que l'union n'a pas eu lieu.

Si l'on échoue dans l'*occlusion*, voici alors la conduite à tenir : lavez d'abord la plaie avec de l'alcool camphré, ou de l'acide phénique. Exercez sur elle de légères pressions afin d'en chasser le pus. Continuez à tenir le membre aussi immobile que possible au moyen d'un appareil de Scultet qui est certainement le meilleur de tous les appareils dans ces espèces de fractures. Les pansements seront faits matin et soir. Si l'on trouve du pus amassé dans des clapiers, on n'hésite pas à les ouvrir et à y mettre des tubes à drainage.

Il importe que le pus ne séjourne pas, car en séjournant il croupit, se décompose, et peut fournir à l'absorption les matériaux putrides qui engendrent l'infection purulente.

Les lavages faits on injecte de l'alcool dans la plaie ou on y

introduit des boulettes de charpie imbibées d'alcool ordinaire, sans mélange d'eau ou imbibées d'une solution phénique faible. On recouvre la plaie de compresses aussi imbibées des mêmes liquides et on les enveloppe d'un taffetas ciré.

Certains auteurs recommandent de se servir d'alcool pendant les quinze premiers jours parce qu'il fait contracter les vaisseaux, empêche la suppuration et par conséquent diminue les dangers d'infection purulente, et ensuite on le remplace par l'acide phénique qui excite plus les granulations et entretient un travail régulier de réparation.

Un traitement général par les toniques sera prescrit dans ces cas de fractures compliquées, eau de vie, vin, quinquina, phosphate de chaux, etc.

Le malade prendra aussi tous les aliments réparateurs qu'il pourra accepter, il faudra entretenir la meilleure aération possible dans la salle.

Messieurs, il est une grande question qui se trouve posée par tous les auteurs au chapitre des fractures compliquées de plaies, c'est celle de l'amputation.

Chez l'un de nos trois blessés nous aurions été autorisés à proposer la question d'*amputation primitive*. Mais ce qui nous en a empêché c'est que les dangers de l'amputation n'auraient pas été moindres que ceux auxquels l'exposait sa fracture. Puisqu'il y avait autant de chances de guérison *sans mutilation*, l'amputation n'était donc pas justifiable.

Proposer la mutilation immédiatement après une fracture, cause une perturbation morale qui ajoute aux dangers actuels. Celui au contraire, qui est affecté de tumeur blanche, et qui souffre depuis longtemps dans un lit d'hôpital, considère la mutilation comme une ressource salutaire, c'est ce dont j'ai été souvent témoin dans les hôpitaux de Londres. Le chirurgien disait à ces pauvres malheureux pris de tumeurs blanches depuis des années "demain, nous allons vous couper la jambe," "c'est bien, répondait le malade, j'en suis content."

Dans tous les cas il ne faut penser à l'amputation que dans les fractures avec *grandes plaies* ou avec *delabrements considérables*.

Il est surtout à propos de faire de la chirurgie *conservatrice* lorsqu'on pratique à la campagne ou dans les petites villes, c'est-à-dire lorsqu'on opère sur des sujets qui vivent dans une atmosphère non viciée par l'encombrement. Il ne faut pas cependant proscrire d'une manière absolue l'*amputation primitive* dans tous les cas de fracture compliquée de la *jambe*. Lorsque, dans une fracture de jambe, il y a attrition *considérable* de la moëlle, propagation de la fracture jusqu'à l'artic-

ulation voisine, imminence de suppuration dans cette jointure, menace d'infection purulente, etc., etc., les chances de guérison sont plus grandes après une amputation primitive, que sans intervention chirurgicale; si le blessé étant menacé après un long séjour au lit et une suppuration abondante, de mourir d'hecticité, il faudrait recourir à l'amputation secondaire.

Nous vous présentons maintenant les *observations* qui ont fait le sujet de nos remarques: Nous les devons à l'obligeance de M. le Dr Desrosiers, interne de cet hôpital sous la direction duquel les élèves externes ont fait les pansements, 2 fois par jour.

*Observation I.*—Le 10 février, F\* II\* âgé de 20 ans, a été frappé, en pleine figure par la manivelle d'un treuil qu'il était occupé à tourner. Le coup a produit une blessure grave à la région du nez. Cette blessure est en forme de V renversé, et s'étend d'un côté sur la ligne médiane du nez et de l'autre sur la joue. Il y a fracture des os propres du nez. Le malade a perdu beaucoup de sang. On remet les os en place, et l'on ferme la plaie externe par des sutures multiples, très rapprochées les unes des autres, dans le but d'obtenir l'occlusion et union par première intention. On recouvre le tout de deux lames de charpie sèche que l'on maintient en place au moyen de bandelottes de diachylon sur lesquelles on applique un tampon de ouate et un bandage exerçant une compression très douce. L'air atmosphérique se trouve ainsi complètement exclu de cette blessure. Les jours suivants le malade va bien. Aucune réaction fébrile. La température reste la même qu'à l'état normal, le 13, on enlève l'appareil et quelques sutures. Le 14 on ôte le reste des sutures. Il y a union par première intention. Pas une seule goutte de pus ne s'est formée à la surface de la plaie. Le nez n'est pas déformé. Aucune complication n'étant survenue, le patient laisse l'hôpital le 21.

Ainsi, nous voyons qu'avec les *sutures très rapprochées*, l'application de la *charpie sèche* qui s'est imbibée de suite de sérosité et de sang, nous avons obtenu l'occlusion complète de la plaie, exclusion de l'air et guérison par première intention. Cette fracture composée a donc été convertie en une fracture simple et a guéri comme une plaie sous cutanée. Si cette plaie avait suppuré, il est très probable que nous aurions eu nécrose des os du nez avec déformation consécutive.

*Observation II.*—T\* B\* âgé de 45 ans, tombe d'une hauteur de 27 pieds et se fracture la jambe droite à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. La fracture est composée. Ce patient n'entre à l'hôpital que douze jours après l'accident, le 13 février 1881. Pendant ces douze jours il a été traité par un

médecin qui avait appliqué une attelle latérale retenue en place par deux liens fort serrés, ce qui avait grandement gêné la circulation dans le membre et produit une tuméfaction considérable, même des phlyctènes. Cet appareil primitif est remplacé par le bandage de Scultet, que l'on refait deux fois le jour. La blessure extérieure est pansée à l'eau phéniquée. On y injecte aussi de l'eau phéniquée au 40°. Un tube à drainage est introduit dans la plaie pour favoriser l'écoulement assez abondant du pus. Ce pus est d'assez bonne nature cependant. Enfin la jambe fracturée est suspendue de manière à ce que le patient puisse changer de position dans son lit sans déranger la juxtaposition des os. Le soir même de l'arrivée du malade le pouls est à 110. Température, 102. Le lendemain matin, pouls 100. Temp., 100 $\frac{1}{2}$ . Soir, pouls, 92. Temp. 100. Le malade est mis à une diète générale, prend la teinture de quinquina composée, comme tonique. Les forces générales se maintiennent assez bien. Du 14 au 31 mars, la température se maintient à une moyenne de 100 $\frac{1}{2}$  le soir et de 99 $\frac{1}{2}$  le matin, le pouls variant dans les mêmes proportions. Le 3 mars, la température est à 102 $\frac{1}{2}$ . On découvre alors un foyer de pus sur la partie latérale interne de la jambe. Ce foyer est ouvert et un tube à drainage y est introduit. Le traitement continue toujours à peu près le même. Viz: injections phéniquées, cératphéniqué sur la surface des plaies, fomentations chaudes, drainage méthodique, compression légère sur le reste du membre (qui est encore tuméfié) au moyen des bandelettes de Scultet. Dès le lendemain, 6, la température tombe à 100 $\frac{1}{2}$ . Du 7 au 21, la température est encore à une moyenne de 100 le soir et de 99 le matin. Pouls, 100 le soir et 92 le matin. L'abaissement de la température est surtout remarquable. Depuis le 14, jour où un second foyer purulent a été ouvert à la partie latérale interne de la jambe. Actuellement, l'état général du patient est bon. L'appétit se maintient. Le sommeil aussi.

*Remarques.*—Mais dans ce cas-ci la suppuration continue abondante, les décollements sont considérables, ce qui indique une *ostéite profonde et étendue*, peut-être même y a-t-il une *ostéomyélite*. Si cet état se prolonge encore quelque temps nous aurons lieu de craindre la fièvre hectique, l'épuisement, etc. Nous nous verrons dans la triste nécessité de lui proposer l'amputation de la jambe au lieu d'élection.

*Observation III.*—N\* P\*, âgé de 23 ans, admis le 23 février, pour fracture composée de la jambe droite, à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. La cause de la fracture a été directe. La plaie est fermée par trois ou quatre points de

suture, mais une hémorrhagie secondaire assez considérable survient et on panse au perchlorure de fer, puis le membre est mis dans un appareil de Scultet et suspendu. La douleur est considérable. Les deux premiers jours la température n'excède pas 101° Fahr. Le troisième jour survient un frisson considérable, avec température à 103 $\frac{1}{2}$ , délire. Une collection de pus s'est formée au niveau de la fracture. On enlève l'appareil et on ouvre l'abcès, puis l'on traite ensuite par un drainage méthodique, injections d'eau phéniquée, et pansement avec des fomentations chaudes d'abord, puis avec des applications de cérat phéniqué. L'appareil de Scultet est maintenu, mais le pansement est fait deux fois par jour. A l'intérieur, stimulants et toniques. Diète généreuse. Du 1<sup>er</sup> au 11 mars, la température offre une moyenne de 100° le soir et de 99° le matin, le pouls à 110 le soir et à 100 le matin. Du 11 au 28, la température se maintient à 99 $\frac{1}{2}$  le soir et 98 $\frac{1}{2}$  le matin. La plaie se ferme graduellement. On continue les injections phéniquées. Mais comme le fragment supérieur du tibia a quelque tendance à se déplacer on applique la pointe de Malgaigne qui corrige ce déplacement. L'appétit est bon. Les stimulants sont continués à petites doses, ainsi que les toniques amers et ferrugineux.

Ce qu'il y a eu de remarquable dans ce cas, c'est une hémorrhagie assez abondante et difficile à maîtriser; peu s'en est fallu que nous fussions obligés de faire la ligature de l'artère tibiale antérieure.

Nous avons rencontré l'année dernière, un anévrysme traumatique de l'artère tibiale à la suite d'une fracture semblable.

*Observation IV.*— O\* B\* âgé de 40 ans, tombe d'une hauteur de 37 pieds et se fracture le fémur droit à peu près vers le milieu. La fracture est compliquée. La blessure extérieure n'est pas très grande, mais en introduisant l'index dans l'ouverture, on constate qu'il existe au niveau de la fracture une grande cavité dans les muscles dilacérés. En même temps, il y a fracture du maxillaire inférieur, au niveau de l'angle du côté droit. La cuisse et la jambe sont mises dans un appareil à extension continue perfectionné, usité dans les hôpitaux de New-York, et qui permet au chirurgien de se dispenser de la longue attelle latérale et du bandage périméal. Un tube à drainage est introduit dans la plaie.

Pendant les cinq ou six premiers jours qui suivent l'accident, le malade présente des symptômes assez alarmants du côté du cerveau, indiquant que cet organe a subi, dans la chute du malade, une contusion forte. De plus la prostration générale est considérable, le pouls irrégulier et petit, le délire continu. La température offre une moyenne de 102 $\frac{1}{2}$  le soir



et de 101½ le matin. Cependant après quelques jours, l'intelligence devient plus lucide, le pouls se relève, le sommeil est bon. La température tombe à 101 puis à 100. Le pouls varie entre 104 et 100. On prescrit les stimulants et les toniques, diète généreuse etc. Deux fois le jour la plaie est pansée à l'acide phénique, on y laisse un tube à drainage et on y injecte de l'alcool camphré pur. Le pus est très fétide et de mauvaise nature tout à fait. Une fusée purulente se déclare à la partie supérieure de la cuisse, une contre ouverture est faite et on y établit un drainage méthodique, injections antiseptiques etc.

Du 5 au 15 mars, la température varie entre 99 à 100. Le 15 elle tombe à 98½ et s'y maintient jusqu'à aujourd'hui (28 mars) autrement l'état général est excellent. Appétit bon. L'appareil est toujours maintenu sur le membre et le pansement ordinaire est fait deux fois par jour. Sommeil bon aussi. Le pus est redevenu de bonne nature.

Aujourd'hui, (50 jours après l'accident) ce malade est en pleine voie de guérison, encore une vingtaine de jours et cette affreuse fracture de la cuisse sera cicatrisée.

Quant à la fracture du maxillaire, nous n'y avons appliqué aucun appareil, vu que le périoste était peu déchiré et qu'il n'y avait pas de déplacement des fragments. La consolidation en est à peu près complète.

La contusion du cerveau nous a causé beaucoup d'inquiétude les premiers jours, mais grâce aux stimulants et aux contre-irritants tout est rentré dans l'ordre.

---

### Témoignage des médecins devant les cours de justice.

---

Il y a quelques mois, X... journalier, est blessé par un *quart de fleur* lancé du troisième étage d'une de nos grandes manufactures. Dès que son état lui permet de faire les démarches nécessaires, il intente à la compagnie une action en dommages pour un montant considérable.

MM. les Drs A. Demers, J. A. Desjardins et P. O'Leary comparaissent pour le demandeur et déposent :

1<sup>o</sup> Que leur patient avait eu quelques mois auparavant une fracture de la clavicule et une fracture de côtes; 2<sup>o</sup> qu'il en était résulté des lésions internes; 3<sup>o</sup> que vu son âge (57 ans)

La consolidation des os devait être imparfaite; 4<sup>o</sup> que leur malade courait le risque de rester infirme ou du moins de rester bien longtemps sans pouvoir travailler."

Le montant des dommages devrait suivant eux être calculé d'après l'infirmité probable et la longue perte de temps.

MM. les Drs Brosseau, E. P. Lachapelle et Iaramée, appelés par la défenderesse, déclarent unanimement après un examen attentif du blessé :

"Qu'il y avait probablement eu *fracture* de la clavicule, mais sans *déchirure complète* du périoste, sans déplacement important des fragments; qu'à la date de l'examen la consolidation de la fracture de la clavicule était ferme et solide; qu'il n'y avait aucune trace de fracture de côtes, ni lésions internes."

Ils firent conséquemment une estimation de dommages bien moindre que celle de leurs confrères.

La Cour, tort embarrassée entre deux opinions aussi contradictoires, fit appeler, comme arbitre, un autre médecin (M. le Dr Hingston) qui, après avoir examiné le blessé, rendit le témoignage suivant :

"J'ai constaté sur le blessé des signes évidents de fracture de la clavicule dans sa moitié externe.

"Le *périoste* n'a pas été *entièrement déchiré*. Je n'ai pas constaté de signes de fracture de côtes. J'ai examiné au stéthoscope les organes thoraciques et les ai trouvés dans leur état normal.

"J'élimine donc complètement la lésion des côtes en appréciant les dommages.

"Il n'est pas difficile d'établir qu'une personne a reçu une blessure, mais il est très difficile de dire quand le blessé pourra reprendre ses travaux habituels, soit partiellement, soit complètement.

"Voici mon évaluation, qu'il est facile de convertir en un montant équivalent en argent. Je suis d'opinion que durant les *trois premiers mois* le blessé était tout-à-fait incapable de travailler; que durant les *trois mois suivants*, il était capable de travailler, mais durant une partie de la journée seulement; durant les autres *trois mois*, la moitié du temps et durant les *trois derniers mois* de la première année les trois quarts du temps.

"Si l'on me demande de dire pour quel laps de temps encore la blessure qu'il a reçue, lui nuira dans l'exercice de son état, je dirai: pour *douze mois* (2<sup>e</sup> année après l'accident) en proportion de *vingt pour cent*, pour *douze autres mois* (3<sup>e</sup> année) en proportion de *douze pour cent*. Quant aux *douze mois suivants* (c'est à-dire durant la 4<sup>e</sup> année) après l'accident, je

“ crois que sa blessure ne lui nuira plus, et qu'il n'est pas probable qu'il lui advienne de nouvelles complications.”

D'après ce dernier témoignage, la défenderesse devrait donc être condamnée à payer au demandeur (outre les dommages pour les souffrances endurées, les honoraires des médecins, etc., etc., etc.) presque tout son salaire la première année; vingt pour cent pour la deuxième année, et douze pour cent la troisième année puisque c'est là la proportion *en moins* d'ouvrage qu'il pourra faire.

Quant à la quatrième année on n'a pas osé y appliquer des dommages.

Dans cette appréciation, il faut bien se rappeler qu'on n'a affaire qu'à une *simple fracture* de la clavicule, sans *déchirure complète* du périoste, circonstance qui favorise si avantageusement l'union osseuse, puisque le périoste encore résistant maintient les fragments en juxtaposition; et cette simple fracture rendrait un homme fort et vigoureux, comme le demandeur, plus ou moins incapable de travailler *trois* longues années durant!

Il y a là une exagération que je ne saurais admettre.

Appellons-en à des juges compétents, ouvrons nos auteurs classiques et que les médecins qui exercent depuis quelques années se rappellent les cas analogues qu'ils ont rencontrés et jugent par eux mêmes.

Qu'il me soit permis de faire ici un résumé des meilleurs auteurs sur la formation et la consolidation du cal dans les *fractures simples* et de donner aussi leur pronostic sur la fracture de la clavicule. Follin et Duplay, Erichsen, etc.

Les expériences multipliées faites sur des animaux ont permis de suivre jour par jour la marche de la *formation du cal* et de constater la plus parfaite analogie entre ce que l'on découvre chez les animaux et ce que l'on constate dans l'espèce humaine: il est donc possible de faire une *histoire exacte* des périodes que parcourt le travail de réparation osseuse.

Les théories et les hypothèses d'autre fois ont été élucidées. Immédiatement après la production d'une *fracture ordinaire* dans un os long, du sang et de la lymphe plastique s'épanchent entre les fragments, s'infiltrent dans le canal médullaire et pénètrent les parties molles voisines.

Le périoste souvent peu déchiré relie encore les fragments en juxtaposition.

L'épanchement sanguin est resorbé au bout de huit à dix jours.

L'union des fractures a lieu par l'intermédiaire d'une matière plastique qui se transforme graduellement en tissu osseux.

Durant cette *première période*, qui dure une dizaine de jours, les fragments sont mobiles dans le sang et la lymphe épanchée.

La *deuxième période* est constituée par l'organisation *fibro-cartilagineuse* de cette lymphe plastique.

La troisième période est caractérisée par l'envahissement des *ostéoplastes*.

L'ossification est achevée entre la huitième et la dixième semaine et le blessé peut commencer à se servir de son membre.

La fracture est alors assez solidement unie. Le cal finit par ressembler au vieil os en dureté et en structure vers le *sixième ou huitième mois*.

L'ossification du *cal provisoire* est alors parfaite.

La différence entre l'union d'une fracture *simple* et d'une fracture compliquée de plaie est la même que la différence qu'il y a entre la guérison d'une plaie sous cutanée et celle d'une plaie ouverte—c'est-à-dire que la fracture simple guérit rapidement je dirais par première intention, tandis que la fracture composée guérit par suppuration.

Dans le cas actuel, la fracture était des plus simple avec conservation du périoste, d'après le témoignage même du médecin appelé comme arbitre.

Une chose étonnante, c'est que les médecins de la défenderesse et le médecin appelé comme arbitre posent les mêmes prémisses et en arrivent ensuite à une conclusion si différente. La logique a dû faire défaut chez quelqu'un. On admet que les dommages doivent être calculés d'après une *simple fracture* de la clavicule, et on arrive à la conclusion que le blessé sera plus ou moins empêché de travailler pendant *trois ans*.

Voici le pronostic des différents auteurs sur la fracture simple de la clavicule.

*Nélaton*.—“L'union de la clavicule avec difformité ne gêne en aucune manière le bon fonctionnement du membre.”

*Gosselin*.—“Les cals difformes ne gênent en aucune façon les fonctions du membre, mais c'est un désagrément pour les femmes jeunes qui aiment à se montrer les épaules nues.”

*Erichsen*.—“La clavicule est plus souvent fracturée qu'aucun autre os du corps humain.”

“La clavicule étant un os spongieux et très vasculaire l'union en a lieu rapidement. On a constaté l'union après 27 jours.”

“Un homme peut après la guérison lever un poids aussi lourd avec le bras lésé qu'avec le bras sain.”

*Ashurst* dit: “quant à la vie du patient et à l'utilité de son membre, le pronostic de la fracture de la clavicule est très favorable, mais la guérison sans difformité est très rare quand la fracture est au milieu de l'os.”

D'après l'opinion unanime des hommes de science, il est donc logique de conclure 1o que la fracture simple de la clavicule est une lésion très peu grave; 2o que l'union et la consolidation osseuse ont lieu rapidement, c'est-à-dire, dans l'espace de six à huit semaines. Le demandeur en cette cause; se trouvant dans les conditions ci-dessus mentionnées, n'avait donc pas droit à plus de trois ou quatre mois de salaire, disons: au plus six mois: plus une somme en argent en compensation des souffrances endurées. Nous croyons cette estimation juste et raisonnable — conforme aux saines données de la science.

Les cas nombreux de fracture *simple* de la clavicule, que nous avons eu occasion d'observer, viennent à l'appui de notre appréciation, et ne nous ont jamais fourni l'occasion de faire du pronostic à 12 ou 20 pour cent pendant trois ans.

M. D.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

**Pneumonie, Traitement;** par M. le docteur BLACHEZ, médecin de l'hôpital Necker.—Il y a une trentaine d'années, tout médecin qui fût resté, les bras croisés, simple spectateur d'une pneumonie, eût été considéré comme faisant acte d'homicide. Il y avait pour ainsi dire des traditions qui s'imposaient au praticien, traditions que confirmait encore la lecture des livres spéciaux. On cherchait alors à combattre la maladie surtout par des émissions sanguines, et les médecins se divisaient en deux camps: les saigneurs à outrance et les saigneurs relativement modérés.

Les premiers tiraient à leur malade jusqu'à sept livres de sang, pratique véritablement monstrueuse qui fut cependant suivie, pendant un certain temps, par les plus grands noms de la médecine; on saignait alors jusqu'à deux et même trois fois par jour. Aussi, lorsque le malade résistait à la fois à la maladie et au traitement, il restait longtemps, après sa guérison, dans une anémie profonde et dans un état de faiblesse extrême.

D'autres, comme Sydenham, comme Stolz, etc., saignaient

avec moins de violence, et, bien qu'ils fussent considérés comme très modérés, ils saignaient encore quatre et cinq fois pendant le cours de la maladie.

Ce traitement est aujourd'hui heureusement en partie abandonné, même par celui qui fut un de ses plus fermes promoteurs, par M. Bouillaud.

Celui-ci avait ainsi formulé le traitement de la saignée : Quel que soit l'état du malade, saignez le dès son entrée à l'hôpital, et appliquez-lui des ventouses ; le lendemain, saignez-le de nouveau et de nouveau aussi faites-lui une application de ventouses ; et le troisième jour après une nouvelle saignée, la maladie sera jugulée, c'est-à-dire qu'une détente survenant dans l'état du malade, on le laissera se reposer. Mais si, contrairement à toute attente, le souffle persiste, pratiquez une nouvelle saignée, appliquez de nouveau les ventouses et posez un vésicatoire. Enfin, si le huitième ou le neuvième jour le mal persiste, saignez de nouveau.

M. Bouillaud avait cru voir ainsi la mortalité s'abaisser à 20 p. c. par le traitement qu'il préconisait avec tant d'ardeur. Ce résultat paraissait magnifique dans une affection que l'on considérait alors comme très-grave, ce dont on est aujourd'hui complètement revenu.

Rasori, un médecin italien, mort en 1839, reprenant les théories émises par un médecin anglais du siècle dernier, Brown, créa la doctrine du *stimulus* et du *contre-stimulus* de deux forces opposées se faisant équilibre, et imagina pour la pneumonie une autre méthode de traitement, en associant d'abord l'émétique, le tartre stibié à la saignée ; mais on se demande comment un malade pouvait résister à un pareil traitement, comment il pouvait résister à six ou huit saignées augmentées d'une quantité d'émétique qui n'était pas moindre de 60 grammes administrés par dose de 2, 3 ou 4 grammes par jour. Mais bientôt lui-même abandonna la saignée pour ne plus employer que le tartre stibié, c'est-à-dire une médication contro-stimulante.

C'est cette médication que Laennec, tout en la tempérant, a mise également en honneur en administrant chaque jour à ses malades de 20 à 30 centigrammes d'émétique, auquel il ajoutait un peu d'opium, afin que l'estomac pût le tolérer et que le malade n'eût pas de vomissements. Lorsque la tolérance était bien établie, il élevait la dose à 40 centigrammes.

Laennec publia de nombreuses observations de succès ; mais celles-ci, aujourd'hui que l'on connaît la marche de la maladie et sa bénignité dans bien des cas, manquent absolument d'autorité.

En 1859, un médecin viennois, Skoda, grand observateur, qui avait fait une étude spéciale de la pneumonie, pensa qu'on pouvait la traiter sans tout cet appareil, et que la thérapeutique pouvait, en bien des cas, se borner tout simplement à surveiller la marche de la maladie.

Peut-être l'homœopathie n'a-t-elle pas été étrangère à cette résolution d'abandonner la maladie à elle-même ; en effet, M. Marotte, entendant vanter constamment les succès obtenus dans la pneumonie par les doses infinitésimales ordinaires, eut l'idée de laisser la maladie suivre son cours naturel sans intervenir d'une façon active, à moins que l'état du malade ne présentât des complications exigeant l'emploi de moyens thérapeutiques spéciaux. Ses essais, faits avec une grande prudence, furent couronnés d'un plein succès, et les bulletins de statistique qui furent alors publiés produisent un étonnement inouï : la mortalité était tombée à 9 p. c.

Bien plus, les observations rapportées par Bennet, d'Edimbourg, de pneumonies auxquelles on ne donnait que des alcalins, abaissèrent encore ce chiffre à 4 p. c.

Ces recherches eurent le mérite de faire connaître aux médecins une chose jusqu'alors lettre close pour eux, à savoir que la pneumonie, dans les conditions ordinaires, suivait une marche naturelle, avec une durée totale de huit à neuf jours. Mais à côté de ces faits, il est nécessaire aussi de savoir que cette maladie n'a pas toujours un processus aussi régulier, et que l'on a parfois des pneumonies, pour ainsi dire, devicées.

Mais ici, comme en toutes choses, on devient très facilement exclusif, et c'est à cet exclusivisme même que Legendre, malgré les suggestions de ses confrères pour se laisser traiter, dut de succomber au onzième jour d'une pneumonie pour laquelle il avait refusé toute médication.

Barthez fit, sur les enfants de son service à l'hôpital Ste-Eugénie, les mêmes observations que Marotte, et sur 312 cas, il n'eut que deux morts. Sa médication avait consisté dans un seul vomitif, des boissons émollientes, quelques juleps diacodés, et rien autre.

Mais il ne faut pas s'y tromper, l'expectation est encore un traitement par les soins que vous donnez au malade, d'abord de le soustraire au froid, de lui ordonner une diète à peu près absolue, enfin, de lui administrer des boissons chaudes additionnées d'un peu de lait.

Eh bien, il y a seulement 25 ou 30 ans, un médecin qui eût ainsi à peu près abandonné la maladie à elle-même, non-seulement eût été renvoyé par la famille de son client, mais encore il eût couru grand risque d'être actionné en dommages-intérêts.

Enfin, si nous continuons l'historique du traitement de la pneumonie, nous dirons que, plus récemment encore, quelques médecins ont prétendu que toutes les maladies aiguës ayant une marche déterminée à l'avance, la seule médication à laquelle on dût avoir recours était de mettre le malade en état de résister au mal qui tendait à le déprimer, en relevant ses forces par des toniques et des excitants, notamment par l'alcool.

C'est ainsi que dans la pneumonie on a conseillé l'alcool à doses d'autant plus élevées que le malade était plus faible, plus adynamique.

Béhier, l'un des premiers à appliqué cette méthode par l'alcool, préconisée surtout en Angleterre, et la statistique de son service de la Pitié, lui donna, en 1865, 29 guérisons sur 36 malades.

Nous venons de passer en revue les différentes méthodes qui ont eu cours pour le traitement de 18 pneumonies depuis le commencement de ce siècle, et au milieu d'observations souvent contradictoires, le médecin serait parfois bien embarrassé s'il n'avait, dans l'état du malade, dans les indications fournies par la marche même de sa pneumonie, un guide à suivre avec toutes chances d'arriver au but.

Ainsi, avez-vous affaire à une pneumonie peu étendue chez un sujet jeune et vigoureux, vous pouvez le plus souvent rester dans l'expectation et vous contenter d'ordonner des boissons émollientes et quelques potions diacodées. Chez le même individu, la douleur du côté est-elle vive et trop pénible, n'hésitez pas à faire des applications de ventouses scarifiées.

Si le malade présente une forte oppression, si ses crachats sont fortement teintés, vous pouvez sans crainte pratiquer une saignée, car vous verrez, dans la plupart des cas, celle-ci produire immédiatement un résultat favorable.

Par contre, chez les enfants et les vieillards, méfiez vous des saignées par la dépression fatale qui peut s'en suivre.

On ne saigne plus aujourd'hui les enfants, mais on les fait vomir, et s'ils tendent à s'affaiblir, on leur donne un peu d'alcool.

Si, chez les vieillards, la saignée est contre-indiquée, à moins d'avoir affaire à un vieillard exceptionnellement vigoureux, les ventouses scarifiées seront, au contraire, recommandées par leur action révulsive et la petite évacuation sanguine qu'elles produisent.

En thèse générale, ne saignez donc que les gens vigoureux, présentant un état fébrile très prononcé et surtout ne le saignez qu'une ou deux fois au plus.



Quant à la médication stibiée, il est un certain nombre de pneumonies qui revêtent une forme bilieuse — forme surtout bien étudiée par Stolz — dans lesquelles les vomitifs par l'émétique vous rendront de bons services, mais l'émétique à petite dose, et non pas comme contre-stimulant, à la façon de Rasori.

Dans ses dernières années, Trousseau avait remplacé l'émétique par le kermès et par la digitale.

Je ne suis pas, je l'avoue, très partisan de la médication stibiée, qui, d'après un certain nombre de médecins, aurait une influence depressive fâcheuse sur le cœur, et je lui préfère la digitale. Celle-ci me paraît d'une médication plus rationnelle en ralentissant la circulation et deprimant le pouls, bien que, parfois aussi, elle ait une action un peu irritante sur la muqueuse stomacale et donne lieu à quelques vomissements.

Aussi, bien que la digitale me paraisse devoir atténuer favorablement les accidents aigus de la maladie, ne l'imposerai-je pas à toutes les maladies atteints de pneumonie, tous ne la supportant pas également bien.

Enfin, j'arrive aux vésicatoires qui sont toujours employés, mais que je réserve, en général, pour les derniers jours de la maladie, dans les cas où la résolution ne me paraît pas survenir assez rapidement. Mais je ne les fais jamais appliquer au début de la maladie, où ils ne produisent aucun résultat avantageux, tandis qu'il n'en est pas de même au déclin de la pneumonie.

Vous voyez donc, en résumé, qu'il ne saurait y avoir une méthode généralement applicable à tous les cas indistinctement, mais que nous conseillons :

1<sup>o</sup> Pour les uns, une expectation prudente, raisonnée, lorsque rien n'indique que l'on doive avoir recours à une médication active, et je ne range ni la digitale, ni le kermès dans une médication active ;

2<sup>o</sup> Pour les autres, c'est-à-dire les cas où on remarquera une fièvre très-vive, une oppression considérable, et les différents symptômes que nous avons énoncés plus haut, nous n'hésiterons pas à ordonner les antiphlogistiques, la saignée et les ventouses scarifiées.

Enfin, chez les malades qui présentent une assez grande oppression, une sorte d'état adynamique, nous conseillerons le traitement par l'alcool. — *Revue Médicale. — Le Scalpel.*

**Note sur le microbe de la diphthérie, par CH. TALAMON, ancien interne des hôpitaux.** — J'ai l'honneur de montrer à la société le microbe que je suppose être l'organisme spéci-

que de la diphthérie. Je dois dire, tout d'abord, que mes recherches et mes expériences, bien que poursuivies depuis près de cinq mois, ne sont pas complètement terminées, ce qui explique la restriction que j'ai faite en commençant. Si je me décide à faire aujourd'hui cette communication, c'est uniquement pour prendre date.

La plupart de mes cultures ont été faites à l'aide de fausses membranes provenant du service de M. Bergeron, à Sainte-Eugénie. Grâce à son obligeance et à celle de son interne, M. Suss, j'ai pu recueillir un certain nombre de ces fausses membranes détachées soit des amygdales, soit de la trachée, ou réduites par la cranule après la trachéotomie. Je ne tiendrai compte ici que des cas qui m'ont fourni des résultats certains. La discussion des faits douteux ou négatifs m'entraînerait trop loin; j'y reviendrai plus tard dans un travail plus complet.

Les faits positifs sont au nombre de huit; tous sont des cas d'angine toxique, diphthérie vraie, soit purement pharyngée, soit avec extension au larynx et à la trachée. Les cas d'angine avec croup sont au nombre de deux; dans ces deux cas, la fausse membrane cultivée a été prise dans la trachée, et a donné le même organisme que les fausses membranes amygdaliennes. Dans un cas d'angine, le premier où j'ai trouvé le microbe que je mets sous vos yeux, j'ai pu suivre la diphthérie depuis le début jusqu'à la guérison. Le malade était un homme de vingt ans, couchant dans la même chambre qu'un de ses amis atteint de diphthérie toxique, il sentit, le jour même de la mort de celui-ci, un léger mal de gorge. Le lendemain, il vint à l'Hôtel-Dieu, et l'on constata la présence de fausses membranes gris-verdâtres sur les deux amygdales et un engorgement ganglionnaire déjà considérable. Chaque jour, j'ai fait plusieurs cultures de ces fausses membranes, et pendant les dix jours qu'a duré la maladie, constamment j'ai obtenu le même organisme. Les fausses membranes disparues, le mucus de l'arrière gorge, cultivé à plusieurs reprises, n'a plus rien donné.

Ce cas est le seul, où j'ai pu suivre ainsi, jour par jour, la maladie. Pour les autres, j'ai dû me contenter de prendre des fausses membranes une fois seulement pour chaque maladie. Voici l'organisme que les cultures ont donné dans les huit cas.

Cet organisme ne ressemble ni au *Zygodermus fuscus* de Letzerich, que personne d'ailleurs n'a revu, pas même Letzerich, ni au *tillétia diphtherica*, sur lequel l'auteur allemand s'est rabattu après avoir abandonné le *zygodermus*, ni au mi-

*crosporion* de Klebs, qui n'est qu'un micrococcus. C'est un champignon facile à voir et à reconnaître, dont j'ai pu suivre et étudier le développement dans tous ses détails, soit dans de grandes cultures multipliées, soit dans la chambre humide.

A l'état de complet développement, il se présente sous la forme de mycélium et de spores caractéristiques. Les mycéliums sont tantôt sous forme de longs tubes, cloisonnés de distance en distance, d'une réfringence spéciale, en général très clairs: ils ont depuis 3 jusqu'à 4 et 5 millièmes de millimètres de large. Quand les conditions de croissance sont bonnes, ils s'allongent extrêmement, se bifurquent de temps à autre, et les bouts bifurqués sont par eux-mêmes très caractéristiques; ils dessinent par leurs deux branches légèrement incurvées, une figure qu'on ne peut comparer plus exactement qu'à un lyre ou à un diapason. D'autres fois, les mycéliums ne s'allongent pas ainsi; tout en se multipliant de manière à couvrir rapidement la surface du liquide de culture, ils restent courts, prenant des formes bizarres, dont la plus commune peut être comparée à une bequille: il existe alors une foule de bâtonnets droits, de 3, 4 millièmes de millimètres de large, sur 15, 20, 40 millièmes de long.

Les spores sont de deux espèces: des spores rondes ou ovales qu'on peut appeler les spores de germination, et des spores rectangulaires qui représentent le dernier terme de développement du champignon et que nous appellerons des *conidis*. Ces dernières caractérisent l'espèce; elles ont la forme de petits rectangles dont la grandeur est très variable; la largeur varie de 1 à 2 jusqu'à 7 et 8 millièmes de millimètres et quelquefois plus. Leur longueur varie de même depuis 5 à 1 jusqu'à 10 et 15 millièmes de millimètres. Tantôt elles sont isolées, tantôt réunies par 2, 3; très souvent en chapelets de 10, 12, 15 grains, ou en chaînettes brisées en zigzags. Hologènes d'abord, elles se remplissent bientôt de petits grains ronds, très brillants, du volume des micrococci ordinaires, et qui, pour moi, sont le véritable germe du champignon; je me borne pour le moment à ces quelques observations.

Les spores rondes ou légèrement ovales sont celles dont l'allongement constitue le mycélium; ces spores apparaissent comme des points clairs de 3, 4, 5 millièmes de millimètres de diamètre, au milieu d'une matière granuleuse disposée en amas plus ou moins étendus, qui représentent ce qu'on appelle des *zooglyca*. Ces spores s'allongent par un de leurs pôles en un tube de 2, 3, 4 millièmes de millimètres de diamètre, qui dès lors s'étendant et se bifurquant comme je l'ai dit plus haut. Quand l'allongement du mycélium est à son début

Aspect de la spore munie de ce prolongement rappelle la forme d'un tétard.

Les différentes phases du développement de ces spores et des conidies sont très curieuses à étudier, mais je ne veux pas y insister dans cette note. J'arrive aux inoculations et aux injections que j'ai faites à divers animaux.

Dans cette question de la recherche des microbes, on ne peut se contenter d'isoler par la culture l'organisme qu'on suppose la cause première de la maladie. Il ne suffit pas non plus que l'organisme inoculé tue l'animal en expérience. Il faut, et c'est ce qui rend la question si ardue, reproduire, si c'est possible, chez l'animal, la maladie qu'on attribue au microbe, ou du moins, démontrer, par la culture des divers organes, que c'est bien l'organisme inoculé et non la septicémie qui a déterminé la mort. Or, malgré les affirmations des auteurs allemands, personne n'a reproduit jusqu'ici la diphthérie. Letzerich et Klbs disent l'avoir fait chez des lapins: ils ont tué des lapins, c'est vrai, l'un en leur injectant le *zygodesmus fuscus* pendant une première période et le *tilletia* pendant une seconde; l'autre, en leur inoculant le *microsporou*: mais, ni l'un ni l'autre n'ont reproduit la diphthérie, car ni l'un ni l'autre n'ont reproduit de fausses membranes, et la rapidité avec laquelle mouraient leurs lapins donne à croire que cette mort était le résultat d'une infection septique et non d'autre chose.

J'ai inoculé sur la muqueuse buccale et nasale ou fait ingérer le microbe que j'ai décrit à six lapins, deux cobayes, quatre grenouilles, un coq, quatre pigeons. Les six lapins sont morts au bout de six, huit, dix, dix-huit jours. Le premier est mort au bout de six jours avec un gonflement énorme du cou, tout à fait comparable à l'œtème des diphthériques. Ce gonflement était formé par une infiltration sérieuse du tissu cellulaire et la culture de cette sérosité a redonné le microbe avec des conidies caractéristiques. Le lapin mort au bout de dix-huit jours, après ingestion de liquide contenant le microbe, avait une pleurésie fibrineuse double avec épanchement: le liquide épanché aussi bien que les fausses membranes ont redonné par la culture l'organisme inoculé. Chez tous les lapins, d'ailleurs, j'ai retrouvé, souvent avec le microscope seul, d'autres fois par la culture, le microbe constamment dans la sérosité du péritoine, très souvent, dans le péricarde, souvent aussi dans les reins. Jamais la culture du sang pris dans le cœur n'a redonné l'organisme. Le plus souvent, le liquide restait clair; parfois il s'y développait des bactéries vulgaires.

Des deux cobayes, un seul est mort; l'autre a résisté. J'ai

fait avaler à trois grenouilles des flocons de mycélium, à deux ou trois reprises; les grenouilles replacées dans leur bocal sont mortes huit, dix et onze jours après la dernière ingestion. Elles étaient pour ainsi dire farcies du microbe. Dans la lymphe sous-cutanée surtout et dans le grand sac lymphatique, l'organisme avait cultivé en abondance. Ici encore, le liquide du péritoine a reproduit par la culture le microbe, mais le sang pris dans le cœur qui battait encore n'a rien donné dans un cas; dans un autre, il a donné des bactéries. Deux de ces grenouilles étaient en plein rut; la femelle avait l'abdomen rempli de frai; la grenouille mâle avait les testicules gros comme des haricots et gonflés de sperme. Le sperme et le frai cultivés ont donné le microbe diphthérique. De sorte que si la fécondation avait pu se faire, les têtards de ces deux grenouilles auraient pu avoir, en naissant, le germe de la diphthérie.

J'ai placé la quatrième grenouille dans l'eau où avait vécu une des grenouilles inoculées. Cette eau contenait de nombreuses conidies. Au bout de dix jours la grenouille était morte, et j'ai retrouvé l'organisme disséminé par tous ses tissus.

Chez les grenouilles, c'est dans l'estomac que paraît se faire la lésion principale. La muqueuse était tapissée d'une épaisse couche de mucus visqueux jaunâtre, consistant, formé au microscope de cellules épithéliales, de granulations et de gouttes de graisse, de nombreux micrococci et d'un certain nombre de conidies rectangulaires. La quatrième grenouille avait, en outre, une inflammation intense de toutes les tuniques stomacales. L'estomac apparaissait en effet avec une coloration rouge diffuse, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur, et la surface péritonéale était couverte de fausses membranes fines et récentes.

J'ai fait avaler au coq quelques flocons de mycélium. Au bout d'une huitaine de jours, voyant qu'il ne paraissait pas malade, j'ai voulu le refroidir et je l'ai laissé pendant vingt-quatre heures les pattes dans l'eau, suivant le procédé employé par Pasteur pour la réfrigération des poules charbonneuses. La température, de 42 degrés est tombée en effet à 38. Malheureusement, la planche à laquelle le coq était attaché a glissé dans l'eau, et la bête s'est noyée. A l'autopsie, j'ai trouvé la muqueuse du jabot tapissée d'une foule de points blancs gros comme des lentilles; ces points, examinés au microscope, étaient formés d'épithélium rempli de granulations, de gouttelettes de graisse, de micrococci, et d'un grand nombre de spores rectangulaires.

Enfin, chez les quatre pigeons j'ai réussi à reproduire les fausses membranes diphthériques. En grattant rudement avec

La lame d'un bistouri la surface de la muqueuse et en badigeonnant ensuite l'extérieur de la bouche avec le produit de culture, j'ai vu se développer, au bout de vingt-quatre heures, une épaisse membrane qui tapissait les deux côtés de la bouche, la langue, le voile du palais, l'arrière-gorge; cette fausse membrane était d'un blanc jaunâtre et formée, comme les fausses membranes piryngiennes et amygdaliennes de l'homme, de cellules épithéliales, de graisse, de coécus et de bactéries; il y avait fort peu de conidies rectangulaires; mais cultivée, cette fausse membrane redonnait constamment l'organisme. Je n'y ai pas vu de fibrine. Deux des pigeons sont morts au bout de trois jours: l'un avait l'entrée du larynx aussi recouvert de fausses membranes, et la trachée pleine d'un mucus épais dont la culture reproduisait le microbe. Le liquide du péritoine et du péricarde, des reins, cultivés, le reproduisaient aussi. Mais, comme chez les lapins et les grenouilles, le sang du cœur n'en contenait pas et les ballons ensemencés avec ce sang restaient clairs. Le troisième pigeon est resté malade une huitaine de jours; les fausses membranes se sont détachées d'elles-mêmes et il a guéri. Le quatrième est actuellement en observation.

Ces différentes expériences présentent des particularités sur lesquelles je ne veux pas insister ici et qui seront mises en relief plus tard. J'ai voulu seulement montrer que j'avais isolé un microbe qui, à plus juste titre que le *tilltia* de Letze-rieh et le *microsporion* de Kœbs, peut être regardé comme la cause de la diphthérie, puisqu'il reproduit ce que ces expérimentateurs n'ont jamais obtenu, la fausse membrane. Quant à la nature et à l'origine de ce champignon, que je erois connaître, je les discuterai dans un prochain travail: mais, cela ne peut être fait utilement qu'en toute connaissance de cause, et, je l'ai dit, ma certitude à cet égard n'est pas complète.—  
*Le Progrès médical.*

**Les syphilis ignorées.**—M. Louis Jumon, d'après l'enseignement du professeur A. Fournier, traite, dans sa thèse de doctorat, l'importante question des syphilis ignorées. "Un malade adulte dit l'auteur, se présente avec une lésion qui, après examen minutieux, semble, par sa marche et ses caractères objectifs, ne devoir être rapportée qu'à la syphilis. On interroge le malade sur ses antécédents spécifiques: pas de résultat; le malade nie avoir eu la série des accidents qu'on lui énumère. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis. Cependant, le médecin passe outre, et institue le traitement spécifique; et l'on voit la lésion, jusqu'alors stationnaire ou pro-

gressive, guérir avec cette rapidité qui en démontre la nature. La lésion était bien syphilitique (cela est démontré par le résultat du traitement); mais le malade ignorait sa maladie: "il avait la syphilis sans le savoir." Voilà la définition de la syphilis ignorée.

La syphilis est, ou paraît ignorée, selon que les premiers accidents ont passé inaperçus, ou que le malade nie tout antécédent de verole. Dans bien des cas, on veut cacher la "maladie honteuse." Les femmes surtout, d'après M. Fournier, sont, à cet égard, étonnantes de sang-froid et d'aplomb, soit qu'elles y mettent cette sincérité naïve à laquelle les plus sceptiques se laissent prendre, soit qu'elles s'écrient avec indignation: "Jamais je n'avouerai cette maladie; on me couperait plutôt en morceaux!"

La verole est donc souvent dissimulée; mais la bonne foi existe parfois dans la négation, et la syphilis ignorée est loin d'être rare, si l'on en juge, du moins, par les statistiques de prof. Fournier. La syphilis ignorée est plus commune chez la classe pauvre que chez les riches, dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. On comprend aisément ces différences, si l'on songe à l'incurie forcée des gens du peuple pour leurs personnes, et à l'ignorance relative où vit la femme, dans nos sociétés modernes. Enfin la syphilis ignorée, dans la période tertiaire, est presque quatre fois plus fréquente que dans la période secondaire.

On a rattaché parfois les syphilis sans antécédents à l'hérite tardive. Le fait est possible, mais rare. Le Dr Junca estime que presque tous les cas semblables observés chez des adultes ne sont que des syphilis dont le passé reste ignoré du sujet. Quant au diagnostic *qualificatif* des lésions elles-mêmes, il se fait par la pierre de touche du traitement spécifique: *naturam morborum curatio ostendit*.

La verole d'emblée, c'est à-dire *sans chancre*, est en train de rejoindre, dans le chaos des erreurs pathogéniques, le fameux *bubon d'emblée*, admis par tant d'écrivains de mérite, et que le Dr Ch. Mauriac, l'émittent syphiliographe du Midi, a rejeté dernièrement de la pathologie par des considérations indiscutables. Aucune observation précise ne démontre l'existence de l'entité "verole d'emblée": pour y croire, il faudrait nous montrer un exemple d'inoculation non suivie de chancres, et amenant des accidents secondaires.

La syphilis reste parfois méconnue, parce que le chancre est extra-général. Le public ne saurait considérer comme chancre une ulcération primitive syphilitique de la bouche, de l'adamo, de la cuisse, etc., surtout lorsque l'infection survient en

dehors de tout commerce vénérien. Dans cette classe, se rangent, les contaminations par un enfant, un baiser, un verre, une cuiller, une pipe, une canule d'irrigateur, un médecin, une sage-femme, un spéculum, un instrument destiné à sonder la trompe d'Eustache; enfin, l'infection produite par les pratiques vaccinales. (Voir les observations.)

Le chancre peut encore passer inaperçu, parce qu'il est profondément situé dans le vagin, sur le col utérin, sous une balano-posthite, etc., et que l'incurie et la négligence empêchent de le chercher; d'autres fois, c'est la certitude, bizarre d'ailleurs, de ne pas être contaminé par la *femme honnête, incapable d'être syphilitique* (comme l'est toujours, d'ailleurs, la femme que l'on a choisie pour maîtresse).

La syphilis reste souvent ignorée de la femme, parce que l'homme qui lui a communiqué la maladie s'efforce de rassurer sa victime et de la tromper (ce qui est généralement facile) sur la nature des accidents; de plus, les faits de syphilis par conception (enfant procréé par un syphilitique contagionnant la mère *in utero*), faits qui expliquent l'immunité de la mère qui allaite à l'égard de son enfant syphilitique, expliquent aussi comment peut s'installer chez la femme une syphilis ignorée.

Souvent le chancre est une érosion superficielle, petite, indolente et passagère, qui passe pour une écorchure de coït, une ulcération d'herpès, un chancre mou. Les accidents secondaires, les syphilides, les adénopathies, les angines, l'alopecie, la céphalée, les plaques anales, l'iritis lui-même, reçoivent du malade une interprétation pathogénique banale, surtout quand ces accidents (ce qui est fréquent) sont très légers.

Les conséquences de la syphilis ignorée sont graves à cause de l'absence du traitement. Nous savons, dit M. Jamon, que les syphilis tertiaires sont quatre fois plus fréquemment ignorées que les syphilis secondaires. Si, maintenant, l'on compare la fréquence de ces mêmes syphilis tertiaires méconnues au total des syphilis tertiaires sans distinction, on trouve que, sur 26 syphilis tertiaires, 10 sont restées méconnues. S'il était possible sur les 16 autres cas, de pouvoir distinguer celles qui ont été insuffisamment traitées, on saurait l'influence de l'expectation sur la marche ultérieure de la vérole. Bien des lésions tertiaires sont d'un diagnostic facile; mais, s'il s'agit de lésions viscérales (foie, poumons, cœur) et surtout de certaines lésions cérébrales, l'erreur devient facile, et l'absence du traitement spécifique est généralement fatale au malade. Enfin, la vérole ignorée, c'est-à-dire non traitée, est singulièrement funeste à la descendance.



Les médecins doivent tous méditer le mot bien connu de l'illustre Rayer : "Quand je ne vois pas clair dans quelque chose, je flaire la vérole; et bien m'en a pris, en mainte occasion, de prescrire le traitement de la vérole, alors que les malades récusaient tout antécédent suspect. Car la science du médecin doit primer toujours les allégations du malade, même de bonne foi."

Conclusions. L'absence de commémoratif n'a pas de valeur. — Le diagnostic porté, il faut instituer le traitement spécifique même à titre d'essai, parce qu'il n'est généralement pas dangereux, quand il est bien dirigé, et parce qu'il est indispensable au malade syphilitique.

Nous ne voulons pas décerner de louange banale à la thèse de M. Jumon. Elle constitue, avec les intéressantes observations dont elle est accompagnée et dont nous ne pouvons ici donner le détail, une véritable monographie de la *syphilis ignorée*. — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

### Guérison spontanée de la tuberculose pulmonaire.

— Le docteur Heiliter examine, au point de vue de la guérison spontanée de la phthisie, les poumons de 16,562 cadavres. Sans compter tous les cas de cicatrices douteuses, ou d'adhérences pleurales, Heiliter a trouvé 780 foyers caseeux guéris sur des sujets morts d'affections absolument étrangères à la tuberculose. Sur ces 780 sujets, il a noté 503 hommes, 277 femmes. Au point de vue de l'âge : répartition égale de vingt à soixante cinq ans.

Un de ces morts avait 101 ans, un autre 103 ans ! Tous ces sujets appartenaient à la classe ouvrière. Les lésions consistaient en noyaux cicatriciels fortement pigmentés, très noirs et entourés de nodules gris ou jaunâtres. Il a trouvé des cavernes, cicatrisées, dont le volume variait entre celui d'une noix et celui d'un œuf.

Dans 651 cas, la lésion était bilatérale, presque toujours limitée aux sommets. La guérison spontanée est, dit l'auteur, plus facile dans les cas chroniques que dans les cas aigus. On peut toujours l'espérer tant que les tubercules n'ont pas dépassé les lobes supérieurs. Quand les lobes inférieurs sont envahis, la maladie peut avoir des temps d'arrêt, mais la guérison n'est plus possible. — *Medizinische Jahrbücher*, 1890, Heft., III.

**Contribution à la pathogénie des abcès du cerveau**, par le docteur BINSWAUGER.—L'auteur apporte un cas fort intéressant, en ce qu'il démontre qu'une inflammation chronique de l'oreille moyenne peut déterminer des lésions graves du côté du cerveau, sans qu'on observe de carie du rocher. Voici ce fait :

Un homme de 51 ans présentait depuis quelque temps des symptômes pathogéniques sans localisation bien déterminée. Depuis quatre semaines il avait de la fièvre, de l'abattement, de l'anorexie et de la diarrhée. Aucuns symptômes cérébraux, seulement une paralysie du bras gauche sans troubles de la sensibilité; le ventre est excavé, non douloureux. La rate n'est pas augmentée de volume. Fièvre rémittente, vomissements bilieux. Puis il survint un accès épileptif et la mort arriva au bout de quelques semaines, au milieu de symptômes progressifs de prostration.

À l'autopsie, on trouva un abcès récent des poumons. Le crâne et les meninges étaient absolument sains. À la section de l'hémisphère droit, on découvrit dans la partie centrale de la circonvolution frontale et de la frontale ascendante un foyer purulent dont la paroi paraissait dure et fibreuse. En outre, lorsqu'on ouvrit le rocher du côté correspondant, on trouva dans les cellules de l'apophyse mastoïde un foyer composé de granulations rougeâtres de la grosseur d'une pièce de 5 pfennigs; ces granulations pénétrant dans la caisse du tympan par ses faces supérieure et antérieure, développaient complètement les osselets de l'ouïe dont les ligaments étaient détruits.

Il est certain qu'on aurait porté le diagnostic d'abcès idiopathique du cerveau, si l'on avait omis l'examen détaillé des organes de l'audition. En effet, l'autopsie démontra la parfaite intégrité de la dure mère et des sinus dans le voisinage du foyer purulent, elle démontra aussi l'absence de carie du côté du rocher.

L'auteur de cette observation explique ainsi la marche suivie par la lésion initiale de l'oreille pour arriver à la formation de l'abcès du cerveau. Il croit que les microphytes infectieux partis de l'oreille moyenne ont suivi les fentes du tissu conjonctif qui enveloppe les nerfs et les vaisseaux, allant de l'oreille à la partie interne du crâne, et qu'arrivé là il leur a été possible d'infecter le sang dans sa totalité. (*Breslau ärztl. Ztschr.*)—*Lyon Médical.*

**D'un symptôme rare dans l'attaque d'épilepsie** — Il s'agit d'un soldat reçu comme épileptique dans le service

d'Hughlings Jackson. Il prenait à ce moment des crises à peu près quotidiennes. Les symptômes qui les accompagnaient variaient quelque peu, un seul ne manquait jamais. C'était le suivant : la période convulsive terminée, le malade, avec des yeux hagards et complètement privé de connaissance, comptait 1, 2, 3, 4, 5, 6, etc., et d'autrefois 10, 20, 30.

En remontant aux renseignements on apprit que cet homme avait reçu autrefois un coup violent sur l'occiput avec fracture de l'os et enfoncement. Il n'en avait ressenti pendant quelque temps aucun effet, la première crise qu'il eut plus tard éclata pendant qu'on faisait l'appel sous les armes. Le soldat anglais doit seulement crier tout fort son numéro quand vient son tour. Mais instinctivement ils marmottent entre leurs dents, ou si l'on veut disent mentalement les numéros qui précèdent le leur. C'est à ce moment que notre soldat prit sa première attaque d'épilepsie, et dans toutes les crises qui suivirent on retrouvait cet acte de dire des numéros à la suite, acte qu'il exécutait au moment où survint sa crise.

Trousseau et Falret ont bien signalé des réminiscences ou des souvenirs au moment de la crise; Falret dit qu'on peut devenir épileptique à la suite d'une vive émotion ou d'une frayeur intense et que, dans toutes les crises qui suivent, le malade a dans son esprit ou devant ses yeux la répétition de la scène qui a amené la première attaque. Falret ainsi que Trousseau admettaient que cette émotion ou que cette frayeur étaient la cause de l'épilepsie. M. Jackson rejette cette hypothèse, il constate le fait sans en donner l'explication. On trouve des faits analogues dans la pathologie cérébrale: il cite à ce propos l'observation d'une femme qui fit une chute grave sur la tête, pendant qu'elle frottait un escalier avec un torchon. Or, dans l'état comateux qui suivit ce violent traumatisme, on la voyait constamment faire le même mouvement avec le rideau de son lit. M. Hughlings Jackson a déjà d'ailleurs signalé ce fait chez les aphasiques: les syllabes ou les mots qui leur restent et qu'ils répètent constamment correspondent à la phrase qu'ils prononçaient ou qu'ils allaient prononcer au moment de leur attaque. (*British med. Journal.*)—*Lyon médical*

**Nouveau signe de mort prochaine chez les phthisiques,** par le Professeur PETER.—M. Peter indiquait récemment à la Société de médecine clinique un nouveau signe de mort: c'est le *pouls veineux* qui se montre sur le dos de la main qui y est plus apparent qu'ailleurs. Les veines deviennent

blouâtres, torpides, flexueuses; les battements sont surtout bien visibles aux angles de courbure. On les augmente encore, si l'on facilite la congestion veineuse, en comprimant le poignet légèrement. Ce phénomène est assez rare, mais il est caractéristique de mort très prochain lorsqu'on le constate. Pour l'expliquer, M. Peter rejette l'hypothèse du reflux du sang veineux et admet que la tunique musculaire des artères, déjà à demi paralysée, permet au sang de passer rapidement des artères dans les veines sans que son cours ait eu le temps d'être modifié, et que sa progression continue.—*Le Médecin Praticien.*

**Emploi de l'Oxide de zinc contre la sueur des pieds.**—M. Holhouse indique dans le *British Medical Journal* un moyen simple et efficace qui lui a donné d'excellents résultats dans cette fâcheuse infirmité. Il consiste, après avoir bien fait laver les pieds dans l'eau savonneuse à les saupoudrer, lorsqu'ils sont secs, avec de l'oxide de zinc en poudre. Dans ce cas, deux applications suffirent pour amener la guérison d'une façon définitive; dans d'autres, la guérison fut un peu moins rapide, mais elle fut bientôt aussi satisfaisante que possible.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

**Traitement de la variole** — Le *Bulletin de thérapeutique* indique, d'après le *Journal de thérapeutique*, la méthode qu'emploie M. le docteur Boyer (de Saint-Bierre de Fursac) dans le traitement de la variole; il administre l'acide salicylique, médicament qui lui aurait réussi dans une vingtaine de cas. Cette substance agirait de trois façons dans la variole: Comme anti-fermentatif et modérateur de l'éruption de la suppuration; comme anti fébrile, comme sédatif du système nerveux. La formule, dont se sert le docteur Boyer, est la suivante:

Acide salicylique.....	1	gramme
Alcool .....	10	—
Eau commune.....	50	—
Sirop de sucre.....	29	—

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Des hémorrhagies consécutives et de leur traitement.—Il arrive fréquemment, en chirurgie, que les plus petites causes produisent les plus grands effets, que les blessures les plus épouvantables et les opérations les plus graves se comportent avec une bénignité remarquable, tandis que les traumatismes les plus légers et les opérations les plus insignifiantes, qui devraient se guérir le plus rapidement, occasionnent souvent des accidents redoutables et quelquefois même entraînent la mort.

L'étude de ces *calamités chirurgicales*, entreprise depuis longtemps déjà par M. le professeur Verneuil, est toujours poursuivie par lui avec une persévérante sollicitude. Après avoir dévoilé l'influence occulte des diathèses sur la marche des lésions chirurgicales, il nous a montré ensuite l'influence des blessures sur les affections constitutionnelles elles-mêmes. Ses études sur ce dernier point de nosographie lui ont permis d'affirmer le rôle prépondérant qu'exerce le traumatisme sur la manifestation des affections constitutionnelles latentes et de fixer dans cet aphorisme : *absconditos morbos vulnera detegunt*. D'autre part, l'influence des diathèses sur la marche des grands traumatismes et des grandes opérations ayant été bien établie, il s'est attaché à rechercher aussi cette part d'influence sur les suites des lésions ou des opérations les plus insignifiantes.

Il insiste aujourd'hui, dans une de ses leçons cliniques sur les relations de ces états diathésiques avec les hémorrhagies, qui deviennent, du reste, de plus en plus rares, depuis que les chirurgiens se préoccupent davantage de l'état général de leurs malades.

Les hémorrhagies consécutives dit le savant professeur, sont dues, quatre vingt-dix-neuf fois sur cent, à des causes constitutionnelles, et c'est pour cela que depuis si longtemps il ne cesse de répéter : Ne vous inquiétez pas des collatérales, faites la ligature avec une telle substance qu'il vous plaira, que ce soit du fil ou du catgut, il importe peu, les hémorrhagies secondaires ne sont pas à craindre, si le malade n'a pas la fièvre, s'il n'y a pas d'organe viscéral malade, s'il n'existe pas d'état diathésique. Et à l'appui de cette manière de voir, il expose l'observation d'un malade de la clinique.

C'est un garçon marchand de vin qui a eu la main *perforée*

par un foret. Sitôt après l'accident, il se rendit chez un pharmacien, qui lui appliqua du perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie, ce qui était une première faute. Il est de bonne pratique dans les plaies de la main de ne jamais essayer d'arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement ou à l'aide de substances hémostatiques, si on ne veut pas s'exposer aux accidents consécutifs, il faut lier les deux bouts de l'artère, et il est même arrivé souvent à M. Verneuil d'aller jusqu'à tourmenter la plaie pour enlever les caillots et reproduire ainsi l'hémorrhagie, quand il ne pouvait en découvrir l'origine. C'est là un principe essentiel, dont l'application met toujours à l'abri des accidents consécutifs, si on fait de la chirurgie antiseptique.

Quant au malade en question, du pharmacien il se rendit chez le médecin, qui lui conseilla l'emploi des cataplasmes, et c'était là une seconde faute. Il ne faut pas oublier, en effet, que le cataplasme, surtout dans la classe pauvre, où on se sert de farine de mauvaise qualité, est un nid à microbes, c'est le milieu de culture le plus favorable au développement des organismes inférieurs. Il s'ensuivit que huit jours après, le malade dut se présenter à la clinique avec de la fièvre, avec une plaie enflammée et donnant lieu à des hémorrhagies consécutives.

L'état local fournissait une explication suffisante de ces hémorrhagies : la plaie était *enflammée* et *septique*. Les indications se trouvaient donc toutes formulées. Le traitement de la cause devait être celui des effets. On rendit donc la plaie aseptique, on fit un pansement de Lister, et l'hémorrhagie fut arrêtée.

Il résulte de ce fait un grand enseignement : Pour se mettre à l'abri des hémorrhagies consécutives, il faut combattre les causes qui pourraient démentir l'hémostase préventive, et qui sont : l'inflammation et la putréfaction.

Toutefois, même en l'absence de ces deux causes locales, on peut avoir encore des hémorrhagies spontanées. Il faut alors chercher les causes générales. Il en existe justement un exemple dans la clinique. C'est un petit garçon chétif, malingre, qui est entré dans les salles pour des douleurs intenses au dos de la main, occasionnées par une ostéite des os du carpe, ces jours derniers les douleurs augmentèrent, il survint un petit phlegmon de la main, qu'on ouvrit ; trois jours après, il s'y était formé une petite ulcération à surface saignante et recouverte de caillots. Localement, rien ne donnait une explication satisfaisante de cet état, et on en chercha la cause dans l'état général. Le petit malade fut examiné attentivement, et on lui trouva une vaste caverne.

Chaque jour on observe ainsi des accidents qui reconnaissent pour cause un état local, dépendant d'un état constitutionnel. Le Dr Luigi rapporte dans sa thèse qu'à la suite de l'extraction d'une molaire, il fut pris d'hémorragies très rebelles et intermittentes, que l'étude attentive de l'accident permit de rattacher à un vice paludéen. Le sulfate de quinine en vint à bout, alors que ni la compression ni le cautère actuel n'avaient pu réussir. Les mêmes accidents ont été signalés chez des hépatiques, chez des leucémiques, chez des diabétiques, chez des albuminuriques, même chez des cardiaques. (Thèse de Depasse.)

M. Verneuil a publié l'observation d'un homme de 44 ans, de forte constitution, mais sujet à des accès d'asthme bien caractérisés, et ayant un bruit de souffle très fort au premier temps, qui se fit une plaie assez large à la face dorsale de la main. Hémorragie primitive insignifiante. Vingt jours après, commence une série de petites hémorragies émanant des bourgeons charnus de la plaie et durant six jours, à ce point de vue qu'on fut obligé de lier l'humérale au pli du coude. Dix jours après, nouvelle hémorragie par la plaie de ligature. On fait la compression, nouvelle hémorragie, enfin, le malade guérit.

Les conclusions à en tirer, c'est que les hémorragies consécutives reconnaissent toujours une cause soit locale, soit générale; que cette cause étant reconnue, c'est à elle qu'il faut s'adresser si on veut assurer l'hémostase.—*Le Nouveau Journal Médical.*

—

**Sur l'opération de Freund, Clinique du Professeur Billroth, de Vienne.**—L'enlèvement en totalité de l'utérus non déplacé est une conquête de la chirurgie moderne, car ce n'est guère que depuis 1878, époque où Freund a fait connaître sa méthode, qu'il a pris place au rang des opérations dont le manuel est nettement établi. Cette opération dont Velpeau jugeait inutile de discuter les divers procédés, parce qu'il ne pensait pas qu'on la remit jamais en honneur, est aujourd'hui assez fréquemment mise en pratique en Allemagne et en Autriche, où nous l'avons vu exécuter une fois dans le service de Billroth.

Les premiers faits relatifs à cette opération sont vagues et douteux: Monteggia, d'après Lazzari, l'aurait pratiquée trois fois au commencement de ce siècle, et Osiander père, l'aurait exécutée une fois avec succès. Le 13 avril 1812, Paletto la mit en pratique, par suite d'une méprise: n'ayant voulu enle-

ver que le col devenu cancéreux, il reconnut, en examinant les pièces qu'il avait détaché l'utérus entier. On ne peut citer que pour mémoire le cas de cette femme à qui, au dire de Swett, on aurait enlevé tout le système utérin, la vessie, le rectum et le périnée avec succès, et qui peut-être eut vécu parmi nous.

En réalité l'honneur de l'avoir entreprise de propos délibéré, en revient à Sauter de Constance. Sa malade opérée le 22 janvier 1822, mourut quatre mois après, et, dit l'auteur, d'une paralysie du poumon; la vessie avait été lésée. Hoelscher perdit sa malade au bout de 24 heures, Siebold de 65 heures, et Langenbeck Senior, de 32 heures dans un premier et de 52 dans le second cas. Blundell ne fut pas plus heureux dans les deux premières tentatives qu'il fit, et dans une troisième, sa malade ne survécut qu'une année. Lizars n'obtint pas un succès meilleur.

Récamier pratique cette extirpation, pour la première fois en France, le 26 juillet 1829. C'est lui qui semblait avoir obtenu la plus belle réussite: cependant sa malade mourut au bout d'une année. Le première opérée de M. Roux succomba dans la soirée du lendemain: la vessie avait été ouverte; la seconde ne survécut que 25 heures. Successivement Dubled, Delpech, Evans, Granville en ont successivement opéré sans beaucoup plus de succès. Depuis cette époque, diverses tentatives ont été faites, qui offrent trop peu d'intérêt, pour qu'on s'y arrête.

Voici, rapidement, la manière de procéder de ces chirurgiens: Sauter divisa en remontant et à petits coups le vagin sur la face antérieure du col, parvint à opérer l'antéversion du l'utérus, put en séparer les ligaments larges et terminer en l'isolant peu à peu du rectum. Langenbeck commença par inciser le périnée d'avant en arrière, divisa le vagin en avant, en arrière et sur les côtés; puis il saisit l'utérus par son fond et en compléta la séparation par une dissection soignée. Blundell détacha le vagin en arrière pour pénétrer dans la fosse recto-utérine du péritoine, et produisit la rétroversion de la matrice après en avoir accroché le fond. Enfin l'incision du périnée fut pratiquée par Lizars.

Récamier et Roux employèrent le procédé de Sauter, modifié. L'utérus étant abaissé à l'aide d'une pince érigue ou d'une pince de Museux, un bistouri droit protégé par la main, détaché de bas en haut le vagin du devant du col, puis de la matrice elle-même, jusqu'à ce qu'on arrive très près du péritoine qu'on ouvre ensuite; par l'ouverture péritonéale, on détache de la même façon, à droite et à gauche successivement, la face antérieure de l'organe au bas-fond de la vessie, et on met la



racine des ligaments larges à découvert. A ce moment, Récamier faisant glisser l'indicateur au-dessus de la trompe, passa sur la face postérieure du repli péritonéal, et ayant coupé de bas en haut toute l'épaisseur de ce repli, jusqu'à son tiers inférieur, il saisit avec les doigts cette dernière portion dans laquelle se distribue l'artère utérine et la comprime en entier dans une ligature de fil fort.

La même chose étant faite du côté opposé, il excisa l'utérus renversé en avant et le sépara du rectum en procédant de haut en bas.

Ce qu'il y a donc de plus remarquable dans son procédé, c'est qu'il a été plus complet et plus précis dans l'hémostase que ses prédécesseurs.

Il nous a paru intéressant de décrire ici le manuel opératoire de Recamier, à côté de celui de Freund que nous allons reproduire en détail d'après Cserny, et cela d'autant plus volontiers, qu'on chercherait vainement des indications, — du moins à notre connaissance, — dans les traités spéciaux, non plus que dans la plupart des revues périodiques.

Toutes les précautions de la chirurgie antiseptique comme nous avons déjà eu occasion de le noter, et comme nous aurons encore occasion d'y revenir, en rapportant quelques autres faits observés à la clinique de Billroth, doivent être rigoureusement observés.

La malade a été préparée trois ou quatre jours avant l'opération; l'intestin a été évacué à l'aide d'une ou deux purgations à deux jours d'intervalle, et dont la dernière a été donnée la veille du jour de l'opération, et le matin même un lavement lui a été administré. La malade chloroformée jusqu'à résolution complète, est placée sur la table à opération, les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur l'abdomen, comme pour l'opération de la taille. — La vessie ayant été vidée, l'opérateur applique la grande cuiller de Simon sur les parois postérieures du vagin, de façon que le bord libre interne de la cuiller soit placé au-dessous du col de l'utérus, tandis que sa courbure déprime la fourchette. Sur les parois latérales du vagin, on place deux spatules recourbées, et une troisième soutient la paroi antérieure du vagin, toutes les trois sont alors confiées aux aides qui tiennent les jambes de la malade. On fait alors le lavage du canal vaginal avec une solution de permanganate de potasse à l'aide de l'irrigateur hydraulique d'Esmarck, qui y envoie également, pendant toute la durée de l'opération, un jet continu et filiforme de solution phéniquée à 2 p. c.

L'utérus, saisi avec des pinces de Museux, est attiré en bas, autant que le permettent la laxité de ses ligaments et la résis-

tance du tissu néoplasique. L'opérateur traverse alors le col de l'utérus, et aussi haut que possible, de plusieurs gros fils destinés à servir de moyen de traction et à remplacer les pinces. Les extrémités en sont confiées à un assistant.

On fait de l'hémostase préventive en faisant comprimer l'aorte abdominale par un aide.—(A continuer).

**Comment on meurt en chirurgie.**—Il y aurait à faire, dit M. Verneuil, une thèse pleine d'enseignements et d'intérêt, sur les causes de la mort en chirurgie. On y verrait combien de fois les blessés et les opérés succombent pour des causes en apparence insignifiantes, combien de négligences sont commises auxquelles on n'attache pas d'importance et qui entraînent des conséquences redoutables.

Malheureusement la littérature médicale est très pauvre en observations de ce genre, parce qu'on ne se soucie généralement pas de livrer à la publicité des notes où l'on constate qu'on a perdu un malade pour lui avoir pratiqué une opération qui semblait devoir réussir. Sous ce rapport, on ne saurait trop admirer la noble franchise et l'honnêteté scientifique du chirurgien de la Pitié. Il considère comme un devoir de faire connaître les cas malheureux tout aussi bien que les succès, d'abord parce qu'ils portent en eux un grand enseignement, et ensuite parce que, si une faute a été commise, le seul moyen de la réparer c'est d'apprendre aux autres à ne pas la commettre.

Dans cet ordre d'idées, il rapporte l'observation instructive d'un malheureux qu'il avait opéré d'un testicule sarcomateux. Le pansement terminé, on lui appliqua, pour soutenir le scrotum, une forte compresse fixée par un bandage en T. Le bandage fut trop serré, monté trop haut, exerça une compression trop grande à la racine des bourses, et il se produisit une hémorragie veineuse par obstacle mécanique à la circulation. L'interne fut appelé et bourra la plaie de tampons imbibés de perchlorure de fer. Un phlegmon en fut la conséquence. Tout à coup, survinrent des frissons, il y eût de l'infection purulente, et le malade succomba rapidement.

Ainsi donc, une écharpe trop serrée a été la cause occasionnelle de la pyohémie qui a emporté cet opéré.

Un autre exemple non moins intéressant: une femme vient pour se faire opérer d'un épithélioma du col. M. Verneuil en fait l'abrasion avant d'y placer une olive de pâte de Canquoin. L'olive est fixée avec un fil en queue de cerf volant. Dans sa

préoccupation, le professeur oublie de s'assurer de la solidité du nœud. L'olive est mise en place et le vagin tamponné. Quand on veut l'enlever, le fil vient seul, et l'olive qui avait été mal attachée ne peut être extraite que par morceaux. Une péritonite se déclare, la femme suc tombe, et l'on trouve, à l'autopsie, une perforation du cul de sac vaginal postérieur produite par les débris de pâte de Canquoin.

L'existence de cette pauvre femme n'a donc tenu qu'à un fil mal attaché.

*De nimis curat prætor*, dit M. Verneuil comme conclusion. Veiller aux plus petites choses constitue souvent le grand secret des succès du chirurgien.—*Le Nouveau Journal Médical*.

**Trachéotomie en un seul temps.** — Voici la méthode employée par M. Saint-Germain pour pratiquer la trachéotomie. Ce chirurgien place l'enfant sur une table, les épaules reposant sur un coussin dur et la tête portant dans le vide et maintenue solidement par un aide. Il fixe le larynx de la main gauche en le saisissant par ses parties latérales et postérieure, comme s'il voulait l'écarter de la colonne vertébrale. De la main droite, il plonge un bistouri droit, à lame étroite, dans la membrane crico-thyroïdienne, le tranchant regardant le sternum, et l'enfonce à une profondeur de 15 millimètres. Il divise ensuite, en sciant et non en pressant, le cartilage encorde, les deux ou trois premiers anneaux cartilagineux de la trachée, l'isthme du corps thyroïde et la peau. En retirant l'instrument, il prolonge l'incision de quelques millimètres en faisant une queue à la peau pour faciliter l'écoulement des liquides.

La plaie faite à la trachée, le chirurgien en écarte les lèvres avec le dilatateur, puis il place la canule.

Quelquefois, il y a une petite hémorrhagie fournie par l'anastomose des artères thyroïdiennes au niveau de l'isthme du corps thyroïde. Cette hémorrhagie, de peu de gravité, s'arrête rapidement. Si elle persistait, il suffirait de substituer à la canule, une canule plus volumineuse.—*Le Médecin Praticien*.

**Résurrection : deux mètres d'intestin grêle suivis de guérison.**—M. Kœberlé a présenté un fait très remarquable et unique jusqu'à présent, dans lequel il a pu réséquer deux mètres de la longueur de l'intestin sans qu'il en résultât d'a-

accidents graves. L'opération a été faite chez une jeune fille de 22 ans, atteinte de temps en temps d'accidents d'obstruction intestinale. L'obstruction étant devenue définitive, M. Kœberlé pratiqua la gastrotomie et trouva deux rétrécissements cicatriciels de l'intestin grêle distants l'un de l'autre de un mètre et demi environ. Il réséqua cette longue portion d'intestin et sutura l'une à l'autre les deux extrémités sectionnées. La guérison fut obtenue au bout d'un mois. M. Kœberlé conclut donc que la résection de l'intestin grêle peut être faite dans une étendue considérable sans amener de troubles, dans les fonctions digestives; que pratiquée dans des conditions convenables, elle peut être considérée comme une opération parfaitement admissible, et que la résection des rétrécissements fibreux cicatriciels, qui sont probablement plus fréquents qu'on ne le suppose, est à même de donner lieu à une guérison radicale. Il en est de même de la résection des épithéliomas.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Influence réciproque de la grossesse et des maladies de cœur,** par le Dr PORAK, chef de clinique adjoint à la clinique d'accouchement de la Faculté.

Ce titre est celui de la thèse d'agrégation (section de chirurgie et d'accouchement) que notre ami le Dr Porak a soutenue cette année. L'importance pratique de la question nous engage à nous étendre sur cette publication plus que nous n'en avons l'habitude, nous espérons que nos lecteurs ne nous en sauront pas trop mauvais gré.

Il n'est pas superflu d'avoir un guide compétent pour se conduire dans ce dédale d'assertions contradictoires et nous ne pouvons que féliciter M. Porak d'avoir pris comme base de son travail l'observation clinique.

1<sup>o</sup> Voilà une femme enceinte, est-ce que son cœur s'hypertrophie et quelles conséquences cela peut-il avoir?

2<sup>o</sup> Voilà une femme enceinte bien portante, peut-elle du fait de sa grossesse contracter une affection de cœur?

3<sup>o</sup> Voilà enfin une cardiopathe, elle devient enceinte, que va devenir son affection de cœur?

1<sup>o</sup> Le cœur s'hypertrophie-t il pendant la grossesse et de quelle manière?

À propos de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse, la

lecture de la thèse de M. Porak nous a laissés dans un étonnement que nous ne dissimulerons pas. Depuis le commencement du siècle, depuis quarante ans surtout, personne n'avait osé nier l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse. C'était un article de foi. La sanction même de l'Académie n'y manqua pas. Mais voici que soit à l'étranger, soit en France, des auteurs reprenant cette recherche, sans connaître leurs travaux réciproques, ne retrouvent plus cette fameuse *Hypertrophie temporaire, constante, normale du cœur pendant la grossesse*.

Les recherches anatomo-pathologiques récentes de C. Ruge, de Cohnstein, de Ducastel, de Letulle, etc., etc., démontrent que souvent le cœur n'est pas hypertrophié pendant la grossesse; que lorsqu'il l'est, cette hypertrophie n'est pas très-considérable. Si l'on faisait une moyenne de ses pesées diverses, on la trouverait un peu plus élevée que le poids moyen du cœur. Cette hypertrophie ne porte pas toujours sur le ventricule gauche, ainsi qu'on l'avait annoncé à grand fracas. Voilà un premier fait.

Mais ce qui est plus étrange, c'est que l'examen de la région précordiale donne presque toujours une extention assez notable de la matité (Guerardt, Durogie, Letulle). Y a-t-il donc là une contradiction ?

Allons même plus loin : dans une très-intéressante observation de M. Letulle, la matité précordiale était augmentée pendant la vie. La femme meurt, on fait son autopsie, on lui trouve un cœur normal.

Il est évident que la seule explication que l'on puisse donner de ces faits, c'est que le cœur se dilate, et cela est d'autant plus admissible que MM. Potain et Rendu ont démontré que sous l'influence des phénomènes réflexes, des troubles gastriques, par exemple, on observe la dilatation du cœur.

Est-ce donc une dilatation de cette nature que l'on trouve pendant la grossesse ? M. Porak s'incline évidemment vers une autre théorie ; il pense que c'est une *dilatation mécanique*. Il y a pléthore pendant la grossesse, tous les auteurs tombent d'accord à ce sujet ; il faut donc qu'il y ait distension de l'appareil circulatoire et du cœur qui n'en est qu'une partie. Le cœur se laisse seulement distendre dans ses parties les moins épaisses, cœur droit l'oreillette droite surtout. Mais cette distension détermine une augmentation des contractions du cœur, un accroissement de son fonctionnement. C'est une loi générale qu'un muscle s'hypertrophie en proportion du travail qu'il accomplit. Le cœur doit donc présenter une hypertrophie générale, plus marquée cependant dans les parties les plus puissantes, au niveau du ventricule gauche. *Si non e vero bene trovato.*

Quant aux palpitations, aux hémoptysies de la grossesse, à l'aggravation de la phthisie, de la pneumonie, etc., etc., nous ne devons plus les rattacher avec tant de complaisance à l'existence de l'hypertrophie *exceptionnelle* du cœur pendant la grossesse. Par conséquent, la thérapeutique est nulle. Ces opinions ont cependant un intérêt à propos de la pathogénie des troubles gravidocardiaques aussi croyons-nous que M. Porak a bien fait de consacrer une large place à cette étude dans son travail.

2<sup>o</sup> *La grossesse peut-elle engendrer des lésions de cœur ? Oui, et sous des formes diverses.*

La grossesse peut frapper le myocarde dans sa nutrition et déterminer même une dégénérescence granulo-graisseuse ou des lésions inflammatoires. Nous avons vu, il n'y a qu'un instant, l'accroissement de la fonction aboutir à l'hypertrophie possible du cœur; nous voyons maintenant cet excès de travail, les modifications de la composition du sang, les troubles de nutrition, si multiples et si remarquables pendant la grossesse frapper aussi le cœur. La dégénérescence du myocarde conduit à l'affaiblissement de son fonctionnement, à l'aggravation des symptômes des lésions valvulaires. Il existe même une très-intéressante observation de Spiegelberg de rupture du cœur chez une femme de 32 ans. Ce qui, dans ce cas, démontre que la grossesse est bien responsable du redoutable accident qui a été observé, c'est l'âge de la malade. Si on se reporte à un travail récent et très complet de M. Barth sur les ruptures du cœur, on y voit que le sujet le moins âgé de ses observations avait plus de 60 ans, c'est-à-dire le double de la malade de Spiegelberg.

La grossesse peut encore dominer la pathogénie des endocardites récentes, que ce soient des endocardites aiguës, que ce soient des poussées récentes sur des lésions anciennes... Dans l'une ou dans l'autre forme, la lésion est caractérisée presque toujours par des bourgeonnements, des végétations plus ou moins exubérantes, ou choux-fleurs, quelquefois, mais plus rarement, par la destruction des valvules et la formation d'ulcérations.

L'endocardite suraiguë puerpérale a été considérée par la plupart des auteurs comme spéciale aux couches. M. Porak rapporte neuf observations, ou au moins huit dans lesquelles le début des accidents survint pendant la grossesse, détermina ou non l'expulsion prématurée du fœtus, observations suivies d'examen-microscopique.

Mais le point sur lequel a surtout insisté l'auteur est l'existence des poussées récentes de végétations de l'endocarde

entées sur des lésions anciennes! Quelques auteurs s'étaient bornés à une mention du fait (Berthiol), mais aucun auteur n'y avait donné l'importance que lui attribue M. Porak. Il montre la fréquence de ces lésions, puisqu'elles sont citées dans le 1/10 des autopsies qu'il rapporte, et l'on peut à bon droit supposer que le phénomène n'a pas été signalé dans quelques relations, souvent écourtées. L'existence de ces poussées récentes d'endocardite se lie à l'histoire des embolies pendant la grossesse. Les embolies constituent une complication beaucoup plus fréquente des affections du cœur pendant la grossesse qu'en dehors de l'état de gestation. Elles peuvent s'arrêter dans tous les points du corps. Il est regrettable que les autopsies ne soient pas plus complètes, bon nombre de ces complications pulmonaires, si redoutables, si subites, si effrayantes, qui constituent un des types les plus frappants des troubles gravidocardiaques pourraient bien être rapportées à l'existence d'embolies du poulmon.

Ces embolies, on les a encore observées dans les reins, dans le foie et enfin dans le cerveau.

L'hémiplegie s'observe fréquemment chez les cardiopathes enceintes, dans 19 des observations. Certainement l'hémiplegie est observée hors de grossesse dans le cours des affections du cœur, mais non pas avec une fréquence aussi remarquable. Les poussées récentes d'endocardite constituent l'une des particularités spéciales aux troubles cardiaques. C'est là un des mérites du travail de M. Porak d'avoir bien mis en relief ces lésions; des arguments nombreux et légitimes justifient son insistance à ce propos.

Mais de thérapeutique, point! Ce n'est pas tout d'étudier le mécanisme de ces troubles, il faudrait bien nous dire comment on peut les atténuer, les supprimer, ou au moins poser quelques indications, ouvrir la route où doivent s'engager les chercheurs. Faut-il donc que voyant ces dangers qui menacent la cardiopathe enceinte, nous nous déclarions désarmés?

3<sup>o</sup> *Quels phénomènes vont caractériser les lésions cardiaques dans le cours de la grossesse?* Tel est le dernier point que nous devons aborder sous ses deux faces: aggravations des symptômes de la maladie du cœur; troubles dans la marche de la grossesse. Dans le premier cas, influence de la grossesse sur la maladie de cœur; dans le second cas, influence de la maladie de cœur sur la grossesse.

Une femme est prise brusquement, au milieu de la grossesse d'une dyspnée épouvantable, allant jusqu'à l'orthopnée, une anhélation extraordinaire, une bronchorrhée abondante, spumeuse est rejetée au milieu de menaces d'asphyxie de tous les

instants. Quelquefois cette bronchorrhée est sanguinolente, c'est même une hémoptysie vraie. La femme est cyanosée, ses extrémités sont refroidies. Puis le travail se déclare, l'expulsion prématurée du fœtus a lieu au milieu des accidents les plus effroyables, la femme en imminence syncopale continuelle semble devoir succomber d'un moment à l'autre. L'enfant est en effet expulsé et tous ces symptômes s'amendent. La délivrance, suivant la belle expression de M. Peter, n'a pas été seulement "matérielle, elle a été aussi une délivrance cardiaque."

Voilà ce que l'on observe dans un certain nombre de cas. L'asystolie avec tout son cortège d'hydropisie et de phénomènes de retrodilatation vasculaire est rare comme manifestation gravidique. Les troubles de l'innervation cardiaque ne constituent pas non plus un type fréquent. Nous avons déjà insisté sur l'embolie. La congestion, apoplexie ou œdème pulmonaire, les embolies en particulier du cerveau, sont les phénomènes les plus constants qui impriment leur cachet particulier aux troubles gravidico-cardiaques.

Nous voulons rester dans ces considérations générales et nous renvoyons le lecteur aux chiffres statistiques qu'affectionne peut-être un peu trop M. Porak. Ils ont bien leur intérêt, mais un intérêt très-relatif.

Enfin les cardiopathes enceintes sont sujettes à la persistance des règles ou des hémorragies précédant ou suivant la délivrance, aux altérations du placenta, à la mort du fœtus et à son expulsion prématurée, à la débilité des nouveau-nés et à leur peu de chance de survivre quelque temps. On trouvera dans chacun de ces chapitres des détails intéressants. Nous nous bornerons à insister sur l'un d'eux : c'est sur la fréquence vraiment incroyable des avortements et des accouchements prématurés qu'on observerait, suivant M. Porak, dans la moitié des cas. Mais, circonstance remarquable, on peut observer cette complication dans des cas de lésions bien compensées, silencieuses, de telle sorte qu'on ne doit jamais omettre d'ausculter une femme qui avorte successivement à plusieurs de ses grossesses.

Mais, pourquoi donc les symptômes des cardiaques sont-ils exagérés pendant la grossesse? Pour trois raisons :

- 1<sup>o</sup> Parce que le myocarde est affaibli ;
- 2<sup>o</sup> Parce qu'il a des poussées récentes d'endocardites et que les lésions cardiaques peuvent être aggravées ;
- 3<sup>o</sup> Parce que le travail du cœur est exagéré, la masse de sang étant augmentée, les résistances étant accrues par le développement de l'appareil vasculaire utéro-placentaire.



On conçoit que suivant telle ou telle de ces causes sera plus ou moins marquée, il y aura de grandes variétés dans les symptômes observés.

Le pronostic dépend surtout de l'état du cœur et du degré de la lésion valvulaire et de l'état général de la malade. Certaines conditions de la grossesse peuvent encore le faire varier, tout ce qui peut rétrécir le champ de l'hématose: grossesse gémellaire, hydramnios, rétrécissement du bassin, etc. Le siège de la lésion peut bien aussi avoir une influence. Mais, contrairement à l'opinion généralement reçue, M. Porak ne lui accorde qu'une importance accessoire.

Toutes ces considérations lui font adopter l'opinion du professeur Peter: "Une cardiopathe ne doit pas se marier; si elle est mariée, elle ne doit pas devenir mère; si elle est mère, elle ne doit pas allaiter."

Quant aux indications thérapeutiques, elles ne sont pas différentes de celles que l'on étudie à propos des affections du cœur.

Il y a aussi des indications qu'on peut appeler obstétricales et c'est là surtout le point qui occupe l'auteur.

Il arrive dans un certain nombre de circonstances que la grossesse ne provoque aucune aggravation des symptômes cardiaques; d'après les observations relevées dans les auteurs, cela peut s'observer dans le demi-quart des cas. Lorsque ces troubles surgissent, il y a lieu de distinguer trois cas. Nous renvoyons le lecteur aux observations instructives qu'a rassemblées M. Porak sur ce sujet:

- 1<sup>o</sup> La femme est en travail;
- 2<sup>o</sup> La femme n'est pas en travail;
- 3<sup>o</sup> La femme est mourante ou morte.

Lorsque la femme est en travail, l'indication est très-précise: il faut terminer l'accouchement aussitôt qu'on le peut. On met ainsi la femme dans les meilleures conditions, on sauve la vie de l'enfant, si compromise. L'auteur conseille, mais seulement lorsque les accidents sont redoutables, d'accélérer le travail. Et alors on ne doit pas employer l'ergot de seigle qui ajouterait son influence néfaste à celle de la lésion cardiaque pour diminuer les chances d'avoir un enfant vivant. On peut se demander, si, dans certains cas, on ne serait pas autorisé à pratiquer la dilatation forcée, progressive du col à l'aide de l'appareil de R. Barnes. On lira quelques observations où des succès ont été obtenus à l'aide d'interventions bien autrement dangereuses et qu'on doit d'ailleurs absolument repousser, comme la dilatation forcée ou digitale du col.

Lorsque la femme n'est pas en travail, on n'est autorisé à

provoquer l'accouchement prématuré et surtout l'avortement que lorsque les accidents sont redoutables et que leur prolongation mettrait presque certainement en danger la vie de l'enfant. On n'a donc pas à en tenir compte dans ces cas extrêmes, et heureusement exceptionnels.

Lorsque la femme est morte, l'auteur préfère l'opération césarienne à l'accouchement forcé par les voies naturelles. L'intervention doit être, en effet, très rapide pour laisser quelque espérance de sauver la vie de l'enfant. Aussi ne doit on recourir à l'accouchement forcé que comme pis aller devant une opposition formelle de la famille à l'opération césarienne.

Il y a d'ailleurs peu de chances d'avoir un enfant vivant dans ces conditions, à moins que la mère ne succombe rapidement ou subitement à une embolie cérébrale et surtout de la protubérance.

L'enfant meurt de l'agonie de la mère, il meurt lentement, il la suit de près ou la précède même.

Aussi l'auteur n'hésiterait pas, dans ces conditions, à faire l'accouchement forcé par le procédé de R. Barnes s'il y a la moindre lueur d'espoir de sauver la mère, par l'incision sur le col et l'extraction forcée si la mort de la mère paraît certaine, l'opération césarienne serait généralement repoussée par les familles et pourrait être difficilement proposée.—*Le Praticien*,



**De l'ipéca pendant le travail de l'accouchement.**— Dans une note publiée par le *New-York Medical Journal*, le Dr Carriger considère l'ipéca comme un puissant stimulant des contractions utérines. C'est à cette action qu'il doit sa propriété d'arrêter les métrorrhagies. Aussi l'ipéca paraît-il indiqué dans les cas de rigidité du col, alors que la femme est épuisée par des douleurs prolongées complètement inefficaces. On le donne à la dose de 12 centigrammes.

Comme oxytocique, l'ipéca serait, d'après Carriger, supérieur à l'ergot de seigle; en effet, les contractions qu'il provoque sont comparables à celles du travail naturel, elles se produisent à des intervalles réguliers et après des temps de repos. Dans un grand nombre de cas de rigidité du col avec dilatation insuffisante, alors que chaque douleur surexcitait et épuisait violemment les femmes, l'ipéca amenait au bout de quelque temps du calme et de la force. le col se dilatait, les contractions expulsives devenaient régulières et puissantes et l'accouchement se terminait heureusement.—*Ripert. de Ther. méd.-Chir.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, AVRIL 1881.

*Comité de Rédaction :*

MESSIEURS LES DOCTEURS É. P. LACHAPPELLE, A. LAMARCHE  
ET S. LACHAPPELLE.

---

## La prostitution et la syphilis.

Il ne manque à Montréal que fort peu des traits qui caractérisent les grandes villes, et on ne saurait que difficilement lui refuser une place au nombre des grands centres de population et de progrès. Tout lui donne droit à ce titre : sa position géographique et commerciale, le nombre de ses habitants, ses millionnaires, ses misérables... et le chiffre de la prostitution qui s'y étale.

Nous ne voulons pas cependant tout accaparer et reconnaissons volontiers que plusieurs autres villes de la Puissance nous disputent vigoureusement la suprématie sur bien des points, y compris le dernier.

Nous n'oserions risquer une évaluation, même approximative, du chiffre de la prostitution à Montréal et n'accepterions même que sous toute réserve les opinions de notre chef de police à ce sujet. La latitude illimitée laissée aux prostituées et leur indépendance absolue de tout contrôle de la part des autorités laissent le champ libre aux suppositions les plus vagues, mais rendent impossible une statistique exacte. On ne peut en juger que par ses ravages et son ubiquité. La prostituée coudoie la femme honnête dans les rues, les théâtres et toutes les assemblées publiques ; elle poursuit ses victimes au grand jour et dans l'ombre, protégée par la loi comme femme mais ignorée comme prostituée. Faut-il s'étonner, dès lors, que la syphilis infecte au lit nuptial la génération qui passe et au berceau celle qui naît. Ici, la prostituée est syphilitique par état, et si elle accepte momentanément le contrôle du médecin (ce dont elle se dispense le plus souvent) elle n'a pour s'en débarrasser qu'à solder la note de ses honoraires ; l'Etat n'a rien à y voir et la Faculté n'y peut rien.

La prostitution est une plaie dont aucun précepte religieux, aucune loi civile ne pourront jamais guérir la société, et c'est d'accord avec ce fait qu'on ne saurait discuter qu'en France on tolère la prostitution, qu'on *inscrit* la prostituée afin de pouvoir exercer sur elle une surveillance active, un contrôle effectif, afin de prévenir les conséquences les plus désastreuses d'un mal qu'il est impossible d'extirper et d'en mettre à l'abri la partie saine de la population.

Nos lois ne tolèrent pas la prostitution et prétendent faire mieux que de la régulariser en l'étouffant, (*stamp it out*, comme disent les Anglais;) mais, nous le répétons, c'est là une utopie et toutes les lois possibles à ce sujet resteront toujours théorie stérile et lettre morte. Voyons en l'application ici :

La prostitution n'est pas tolérée; elle y est aussi répandue qu'ailleurs et ses effets sont plus désastreux, il est facile de le prouver : aucun propriétaire n'a le droit de louer une maison à des prostituées, elle trouvent à se loger dans tous les quartiers de la ville. Si les voisins se plaignent de leur tapage, la police fait une descente dans les maisons les plus turbulentes et en livre tous les hôtes à la justice. Celle-ci les condamne à une amende modérée qui leur permet de retourner à leur trafic, et à défaut de paiement les jette pour quelques semaines dans nos prisons communes, où le système cellulaire est inconnu ou reconnu trop barbare... ou trop dispendieux! La prostituée est là, en contact continu avec d'autres détenues condamnées pour vol, ivrognerie, etc. Et ce n'est assurément pas entre pareils sujets que : "Du choc des opinions jaillit l'étincelle de la vérité."

Tant que la prostituée ne dévalise pas le trésor public en vendant sans licence des liqueurs spiritueuses, tant qu'elle ne trouble pas, par un horrible tapage, le sommeil des honnêtes gens, elle peut impunément, sans même y mettre trop de forme, exercer son ignoble métier, parcourir tout le jour et jusqu'à une heure avancée de la nuit nos rues les plus fréquentées, être de toutes nos réunions publiques et propager, par l'intermédiaire des débauchés, la syphilis au sein des familles.

Si nous nous adressions au public, ce serait ici le temps de lui demander, ou plutôt de lui dire (que de gens sont verolés sans le savoir!) combien de citoyens honorables, de femmes et d'enfants portent une âme pure sous une enveloppe syphilitique. Les médecins le savent surabondamment. N'est-ce pas la une des maladies que nous rencontrons tous les jours sous l'un ou l'autre de ses mille aspects ?

Devons nous rester spectateurs et victimes résignés d'un fléau qui crétinise la progéniture, flétrit la jeunesse, empoisonne la vie, souille la famille et deshonne la société ?

Nous admettons volontiers qu'il n'est pas permis de faire le mal pour en éviter un plus grand, mais nous protestons contre l'application de ce principe de morale à la question qui nous occupe.

La prostitution ne demande à personne le droit d'exister, elle le prend, et puisqu'il est de fait que nous ne pouvons l'en empêcher, ce n'est assurément pas un mal que de lui imposer des restrictions.

Dans le traitement d'une maladie incurable on s'attaque aux symptômes et aux complications, et si on ne peut empêcher la crue du fleuve, on peut au moins construire des digues pour prévenir les inondations.

Cela ne s'appelle pas un mal pour un bien.

Nous reviendrons sur ce sujet.

---

## Société Médicale de Montréal.

---

Séance du 18 mars.

M. le Dr E. P. Lachapelle, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Sur proposition du Dr A. T. Brosseau, secondé par le Dr A. Ricard, M. le Dr A. A. Foucher, est admis membre actif de la Société Médicale de Montréal.

Le Dr H. E. Desrosiers rapporte un cas de "cancer du foie et du pancréas" observé à l'Hôpital Notre-Dame, et présente les pièces pathologiques relatives à ce cas.

Le Dr A. T. Brosseau présente aussi une pièce pathologique se rapportant à un cas de pneumonie chez un enfant.

Il s'en suit une discussion à laquelle prennent part tous les membres présents.

Le Dr Brosseau donne alors avis qu'à la prochaine séance il proposera M. le Dr Marcell, de St-Eustache, comme membre actif.

M. le Président donne également avis qu'à la prochaine réunion il proposera M. le Dr Louis Mignault, de Montréal, comme actif de la Société Médicale.

À la première séance libre, le Dr Lamarche donnera une lecture sur "les autopsies cadavériques."

Et la séance est levée.

## NOUVELLES MÉDICIALES.

**Condoléance.**—A une assemblée des Etudiants en médecine de l'Université Laval à Montréal, tenue le 21 mars 1881, sous la présidence de M. A. R. Marsolais, les résolutions suivantes ont été adoptées :

Proposé par M. J. Chaffers, secondé par M. G. Lafontaine :

“Que les Etudiants en médecine de cette Université, ont appris avec un profond chagrin la mort de leur estimé confrère, Jos. Edouard Laforce, de la paroisse de St-Aimé.”

Proposé par M. J. J. Peladeau, secondé par M. A. Thibaut :

“Que comme marque d'estime pour leur regretté confrère, les étudiants en médecine de cette Université, portent le deuil pendant un mois.”

Proposé par M. L. S. M. Matte, secondé par M. J. S. Tremblay :

“Que copie des présentes résolutions soit transmise à la famille du regretté défunt.”

Proposé par M. Arthur Cormier, secondé par M. Sam. Brien :

“Qu'un rapport de cette assemblée soit publié dans les journaux.”

A. JOYAL,  
Secrétaire.

**Université Victoria.**—Les examens pour l'admission à la pratique et pour le titre de bacheliers en médecine se sont terminés samedi soir à l'école de médecine et de chirurgie de Montréal (Faculté Victoria).

Les messieurs dont les noms suivent ont subi leur examen pour le titre de M. D. :

Hormidas Legault, Ferdinand St Jacques, S. Lamarche, Amédée Martin, C. Fauteux, B. Elie Pagé, J. Hamelin, Jules Savard, Gilbert Huot, Joseph Rodolphe Chamilly de Lorimier, C. Voisard, Théodule Cypriot, Chs F. Clerk, S. Kelly, G. A. M. Fortier, Joseph Asselin, J. A. Poirer, Eugène Fournier, A. Sinek, Charles Girard, J. Bte. LeRoy, Davia Dufresne, M. Soulard.

Ceux dont les noms suivent ont été reçus bacheliers en médecine (B. M. V.) Philéas Geoffrion, J. A. B. Goulet, J. A. Pepin,

Albert Beaupré, L. Camiré, J. Briébois, L. J. Gaireau, Géo. Baril, Joseph E. Thériault, Charles Tessier, L. D. Grenier, Hector Gauthier, G. Watier, E. Panneton, Horace Manseau, Edgar Turgeon, Gustave Paquet, Edmond Aubry, Joseph Venne, H. E. Langis, Alfred Archambault, G. P. Chartrand, Alfred Duckett.

---

### Brochures reçues.

---

*On the use of Alcohol in pneumonia* by L. COYTEUX PRÉVOST, M. D. V., Physician to the General Hospital, Ottawa.

*On Quebracho bark. (Aspidosperma quebracho)* Botanic-pharmacognostic essay by DR ADOLPH. HANSEN, assistant at the Botanic institute of Erlanger. Reprint from the *Therapeutische Gazette*, 1880.

---

### VARIÉTÉS.

---

**De l'alimentation végétale chez l'homme.** — Cette question a été prise comme sujet de thèse par M<sup>me</sup> Algerton Kingsford, qui a cherché à démontrer que le végétalisme est le régime naturel de l'homme et qu'il aurait tout avantage à y revenir. Bien que l'auteur ne puisse pas compter faire beaucoup de conversions à cet égard et qu'il soit facile de réfuter beaucoup de ses arguments, la manière originale dont ils sont présentés et surtout l'érudition considérable déployée dans ce travail, méritent certainement qu'on s'y arrête.

Tout d'abord, M<sup>me</sup> Kingsford prouve que par sa conformation l'homme se rapprochant surtout du singe, doit être frugivore comme lui. L'homme n'est ni carnivore, ni herbivore, a dit Flourens. Si l'on considère ses dents, son estomac et son intestin, il est par sa nature frugivore comme le singe. C'est aussi l'opinion des grands naturalistes comme Cuvier, Linné, etc.

Ce fait étant admis, y a-t-il avantage ou désavantage pour lui à cette transformation qui le rend carnivore ou omnivore? L'opinion que la chair contient les éléments de force physique, et que si l'on veut être robuste, fort et doué d'une grande énergie musculaire, il faut vivre d'un régime plutôt animal que

végétal, est généralement acceptée. Cette idée est cependant fautive : car on voit journellement la preuve que les animaux les plus forts et les plus utiles sont précisément ceux qui ne se nourrissent pas de chair. Tout le travail du monde est fait par les herbivores, les chevaux, le bétail, les éléphants, les chameaux. On ne s'adresse jamais aux carnassiers, qui manquent non-seulement de docilité, mais de force et surtout de fond. La caractéristique dominante des carnassiers, c'est la férocité; la force, le courage et la capacité pour le travail appartiennent aux animaux herbivores, qui depuis le commencement de l'histoire du monde ont seuls été associés aux guerres, aux conquêtes et aux travaux des hommes. On peut faire remarquer aussi que les peuples qui nous ont laissé sur la terre les monuments les plus superbes, l'histoire la plus glorieuse et la science la plus profonde, ne furent pas des peuples créophages.

Chez les Hindous, l'usage de la chair est absolument défendu aux trois castes supérieures, les Bouddhistes sont dans le même cas; et, en étudiant ce sujet, on voit que, indépendamment de toute question de climat et de race, l'usage de l'alimentation végétale est répandu sur une grande partie du globe, sans que la force et la santé en soient moins développées, bien au contraire : c'est ce qui s'observe pour les paysans russes et hongrois, les ouvriers égyptiens, les mineurs de l'Amérique du Sud, les Mexicains, les coolies, les soldats turcs, etc. tous remarquables par leur force et la facilité avec laquelle ils supportent la fatigue. Même dans notre quartier du globe, les paysans et les ouvriers agricoles sont presque tous végétariens de fait, s'ils ne le sont pas par principe. A côté de ces faits généraux, M<sup>re</sup> Kingsford cite des faits particuliers, entre autres le cas de la femme d'un des fondateurs de la Société végétarienne d'Angleterre, qui vécut pendant une période de trente ans d'une façon exclusivement phytivore, sans faire usage d'autre boisson que l'eau, et devint pendant cette période, mère de quinze enfants. Elle en a nourri quatorze et conservé toujours non seulement une santé florissante, mais encore toute sa force et sa gaieté.

A côté de ces faits vient se placer cette considération que non seulement les substances végétales renferment les éléments nécessaires à la nutrition et à la production de force et de chaleur, mais que même elles en contiennent plus que les substances animales. Cette assertion est démontrée d'ailleurs par des chiffres que nous ne pouvons reproduire ici. Enfin, l'alimentation animale a des effets fâcheux indirects, l'alcoolisme en est souvent une conséquence.



Au point de vue médical, le végétarisme a un grand nombre d'applications dans les maladies : la tuberculose, les affections du foie, la néphrite chronique, la goutte, etc. M<sup>me</sup> Kingsford dit avoir été elle-même guérie par ce moyen d'une tuberculose commençante et mise en état de résister à toutes les fatigues d'une étude constante prolongée pendant plus de six ans. Enfin on a noté l'immunité des végétalistes vis-à-vis des affections infectieuses. Pendant l'épidémie de choléra, en 1832, à New-York, tous ceux qui s'abstinrent entièrement de viandes et de boissons alcooliques ne furent pas atteints par le fléau. L'auteur termine son travail en prouvant qu'une surface de terre consacrée à la culture de céréales, de légumes et de fruits fournit un approvisionnement capable de fournir une population douze fois plus considérable que la même surface utilisée pour la production de la viande de boucherie, répondant ainsi victorieusement à cette objection d'ordre économique, d'après laquelle l'alimentation végétale généralisée ne serait possible que pour une population clairsemée. M<sup>me</sup> Kingsford nous apprend, en outre, que la Société Végétarienne d'Angleterre fondée en 1846 et dont elle est vice-présidente compte environ 3000 personnes. Des sociétés semblables existent aussi en Allemagne, en Suisse, en Amérique, etc.—*Journal de Médecine et de Chirurgie*.

---

### DÉCÈS.

A St. Anne, le 18 mars, à l'âge de 18 ans, M. Jos. Ed. Lafort, étudiant en médecine.