

Le Journal de Médecine et de Chirurgie Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Discours d'ouverture, Professeur Séverin
Lachapelle... .. 292

TRAVAUX ORIGINAUX

Fractures du crâne, par le Dr St Jacques. 293

L'hygiène alimentaire dans la loi juive,
par le Dr A. Loir... .. 296

L'huile de vaseline dans le pansement de
l'évidement petro-mastoïdien, par le
Dr J. N. Roy... .. 299

CORRESPONDANCE

Letter de Berlin... .. 302

SOCIÉTÉS MÉDICALES

Société Médicale de Montréal... .. 303

Montreal Medical Chirurgical Society... .. 304

Société médicale d'Arthabaska... .. 304

Précis de Pharmacologie... .. 305

L'ionothérapie Electrique... .. 306

A travers les journaux... .. 306

TUBERCULOSE-AFFECTIONS

BRONCHO-PULMONAIRES

Solution Pautaugerge

au chlorhydro phosphate de chaux
créosoté.

10 centig. de créosote et 50 centig. de
sel de chaux par cuillerée à
potage.

La mieux tolérée des
préparations créosotées

Elle donne force et santé aux enfants
de constitution délicate et les
prémunit contre la tuberculose.

L. PAUTAUBERGE,
COURBEVOIE-PARIS

G. J. WALLAU

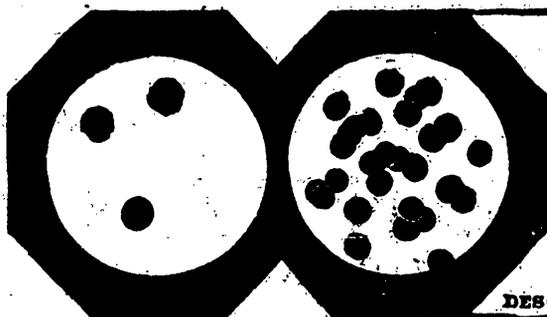
2-4 Stone Street NEW-YORK.
AGENT POUR LES ETATS-UNIS

LYMAN, SONS & CO.,

Agents pour le Canada. **MONTREAL.**

SCROFULE

RACHITISME



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

OXYDASES, FER VITALISÉ
ANÉMIE, TUBERCULOSE
NEURASTHÉNIE, CHLOROSE
Remplace la viande crue
Sirop 1 cuill. à soupe à chaque repas.
Vin, Granulé, Dragées (4°).

DESCIENS, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS et Ph^{ce}

UNIVERSITÉ LAVAL

COURS DE PÉDIATRIE

DISCOURS D'OUVERTURE PAR LE PROFESSEUR SEVERIN LACHAPPELLE

Messieurs,

Tous vos professeurs vous ont tour à tour souhaité la bienvenue après les vacances, je vous la souhaite de même, je pourrais même dire que j'ai un plaisir particulier à vous revoir, puisque je suis le seul de vos professeurs qui, par la nature de son enseignement est continuellement en contact avec vous, et que, dans l'enseignement des matières finales, je retrouve des élèves auxquels je me suis déjà attaché dans l'enseignement des matières primaires. C'est un avantage qu'il m'est bien agréable de souligner. Après avoir étudié avec vous les choses élémentaires de la pathologie générale, après avoir étudié avec vos autres professeurs les éléments fondamentaux de la médecine, comme l'anatomie, la physiologie, etc., après avoir emmagasiné dans les cellules de la mémoire, les études primaires, après avoir franchi heureusement l'épreuve du baccalauréat, vous entrez tout à coup dans le vaste champ des matières finales qui doivent contribuer à former le médecin, à faire de chacun de vous un praticien sûr. La chose n'est pas facile.

Souvenez-vous qu'il est plus difficile de faire un bon médecin que de faire un savant.

Deux choses contribuent surtout à cette formation idéale que tout Professeur doit ambitionner pour tous ceux qui lui sont confiés, le diagnostic et le pronostic; ce sont les deux arts de la compétence et du succès. Voir clair dans le livre mystérieux de l'organisme blessé, toucher du doigt le point malade, non seulement aujourd'hui mais demain, de manière à bien pouvoir posséder la notion de ce qui est et de ce qui sera, voilà le but qu'il vous faut atteindre.

Je voudrais vous voir tous des passionnés de cette ambition et pour cela comprendre que c'est surtout l'étude du malade qu'il vous faut faire. Soyez assidus aux leçons théoriques de l'école mais soyez surtout aux leçons cliniques de l'hôpital.

Souvenez-vous de ce que nous avons bien sou-

vent dit dans nos études étiologiques: il y a des maladies mais il y a aussi des malades; la physiologie de ceux-ci varie autant que la physiologie de celles-là. Ce sont les variétés infinies des malades qui font les variétés également infinies des maladies. Les auteurs vous donneront des noms, une nomenclature, un tableau nosologique avec une peinture uniforme le plus souvent des sujets traités, l'hôpital d'abord et la pratique ensuite vous feront voir combien souvent le tableau est varié et combien rares sont les mêmes reproductions. Les malades doivent être les meilleurs amis de l'étudiant et il doit trouver des délices insatiables dans leur compagnie. C'est à lui qu'il devra son avenir.

Sous l'empire de ces idées et de ces sentiments la médecine devient un poème dans lequel vous trouverez ces émotions nobles qui vous donneront le légitime orgueil du rôle élevé que vous êtes appelé à jouer dans la Société. Recherchez souvent les voluptés de l'auscultation et de la percussion afin d'apprendre à votre oreille et à vos doigts à entendre et à toucher comme s'ils voyaient. Une inlassable persévérance dans ce travail répété vous assure des consolations inoubliables. Nous avons dans notre cours de pédiatrie à étudier la pathologie spéciale de l'enfant. L'on prétend qu'il n'y a pas de pathologie infantile, c'est une erreur, celui qui ne connaît pas la sémeiotique de l'enfant, cette partie de la pathologie, marchera toujours en aveugle. La question infantile est la question du jour. On a dit que la mortalité exagérée de nos enfants était due à l'insuffisance de l'enseignement, les hôpitaux d'enfants nous manquent il est vrai, nous ferons tout en notre pouvoir pour suppléer à cette lacune malheureuse.

Notre cours sera divisé en trois parties:

1. Quelques leçons de diagnostic. Si nous pouvons faire le diagnostic des maladies infantiles le préjugé tombera bientôt, ce préjugé qui consiste à croire que le diagnostic est impossible et que l'on ne peut soigner les enfants.

2. Quelques leçons sur la thérapeutique infantile. Il n'y a pas d'exception d'âge pour la maladie. Il n'y a pas d'exception d'âge pour le traitement qui est composé de tous les médicaments, même les plus actifs chez l'enfant comme chez l'adulte.

3. Quelques leçons sur les maladies particulières à l'enfant.

Messieurs, commencez dès à présent à donner dans vos études une large place à l'enfant.

TRAVAUX ORIGINAUX

Fracture du Crane — Diagnostic et Traitements

Par le Dr Eugène St Jacques

L'histoire clinique du malade que voici est intéressante à plus d'un point de vue, et nous servira d'entrée en matière.

F. F., 35 ans, fait une chute d'une vingtaine de pieds, tombe sur l'épaule et perd connaissance. Il est sur pieds en quelques instants et regagne son domicile. Le lendemain, souffrant de son épaule, il vient à l'hôpital, où il lui est mis une écharpe de Mayor pour une fracture de la clavicule. Il a un peu de lourdeur de tête encore.

48 heures après son accident, il devient agité, graduellement comateux, et bientôt des attaques épileptiformes se montrent.

Nous voyons le malade un peu plus de 60 heures après l'accident.

Etat du malade : inconscient. Respiration régulière, pas de Cheynes-Stokes. Pouls 75 à 80 ; pas d'hypertension artérielle.

Il fait devant nous une crise épileptiforme, à point de départ facial gauche, qui gagne de là le bras puis la jambe gauches. Quelques attaques s'en tiennent là, d'autres se généralisent.

Parfois, un tremulus de cuisse "droite", qui gagne la jambe, mais s'en tient là. Ceci, léger, et dominé par les grandes crises. Nous verrons tout à l'heure qu'il y avait cause.

Les pupilles un peu dilatées, également.

"Aucun signe externe de contusion à la tête".

Nous portons le diagnostic d'hémorragie cérébrale dans la région Rolandique supérieure droite. La ponction lombaire donne issue à un liquide hémorragique, "sans tension", qui tombe goutte à goutte — 12 à 15 par min., 6 cc sont enlevés. L'examen microscopique pratiqué par M. le Dr Bourgoïn montre un liquide riche en globules rouges.

A la suite de la ponction l'état comateux se dissipe, le malade peut répondre à nos questions presque clairement, les crises épileptiformes sont disparues. Si bien que la trépanation décidée est remise.

Mais vers la soirée l'état comateux revient, sans être soulagé par une nouvelle ponction, et le lendemain tous les symptômes se sont aggravés au point que la trépanation est devenue urgente.

OPERATION : trépanation d'un large volet à

la région temporo-pariétale droite. L'art. ménin-gite moyenne paraît normale. Le cerveau ne bat pas à cet endroit, la dure-mère est bleuâtre : nous l'ouvrons.

La congestion vasculaire est intense. Dans le bas de la plaie, du sang organisé, formant un large caillot de 4 à 5 c. de diamètre et gagnant vers la base.

Le caillot est enlevé par débris, pas de point qui saigne ; drainage.

SUITES — Les crises sont suspendues jusqu'au soir. Puis les mauvais symptômes reparassent et finalement 48 heures après l'opération, et le 7^e jour après l'accident le blessé meurt.

L'AUTOPSIE nous ménageait des constatations intéressantes.

La plaie est en voie de guérison par première intention : pas de pus.

Le cuir chevelu abaissé, nous laisse voir, à gauche, une longue fracture de crâne 15 centimètres quasi horizontale, à 2-2 centimètres au-dessus de l'oreille et gagnent jusqu'à la ligne frontale médiane.

La calotte crânienne enlevée nous montre un vaste foyer hémorragique (4 x 5 centim.) à gauche, extra dure-mérien, sur le trajet de la ménin-gée moyenne.

Le cerveau sorti, on constate : A gauche, côté de la fracture, un petit point hémorragique cérébral, correspondant au centre du caillot extra dure-mérien. A droite : les résidus du foyer hémorragique arachnoïdien.

Du même côté et sur la face inférieure du cerveau, trois foyers hémorragiques de 1-2 à 1 centimètre de diamètre, deux sur le lobe frontal, un sur le lobe temporal.

Pas de fracture de la base du crâne.

A ce point, nous dûmes, sur instructions formelles du coroner, suspendre nos recherches. Nul doute que l'examen des couches profondes du cerveau nous eut révélé des choses intéressantes.

Qu'y a-t-il de particulier dans cette observation clinique qui vaille d'être noté ?

1. D'abord la lenteur d'apparition des symptômes cérébraux.

2. L'absence à peu près complète de manifestations pathologiques épileptiformes au côté gauche, alors qu'il existait un vaste hématôme extra dure-mérien à la région corticale droite.

3. La tension vasculaire quasi normale.

4. Le liquide céphalo-rachidien hémorragique retiré par la fonction lombaire.

LENTEUR D'APPARITION DES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX

Est-ce là chose rare ? Mais non. Si dans la majorité des cas la lésion cérébrale se manifeste immédiatement, nombreux sont les cas rapportés d'un retard étonnamment long parfois. Au hasard des observations recueillies, je note celle du Prof. Raymond, qui lui servit de démonstration clinique et où l'ouvrier après 10 heures de coma consécutif à une chute sur la tête, reprend le lendemain ses occupations. Et ce n'est qu'au huitième jour qu'il est pris subitement d'une intense céphalée, puis de coma, etc., et l'intervention chirurgicale révèle un énorme foyer hémorragique sous dure-mérien, en territoire rolandique.

Tout récemment à la Société de Neurologie, Raymond et Lejeune rapportent l'histoire d'un ouvrier de 37 ans atteint "70 jours après" un violent traumatisme à la région pariétale gauche d'une hémiplegie droite transitoire avec aphasie permanente. Aucune tare organique — syphilis ou tuberculose — à accuser ici.

Sicard rapporte également avoir observé un malade qui, 4 à 5 semaines après un traumatisme crânien, avait été pris d'hémiplegie droite avec aphasie. La trépanation décelait un hématôme diffus, siégeant entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Kohl — in Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, Oct. 19 — rapporte le cas d'un homme de 42 ans qui, à la suite d'une chute de 25 pieds se rétablit presque aussitôt et ne présente une hémiplegie que 4 mois après l'accident. Trépanation : hématôme sous dure-mérien.

Et j'en citerais encore.

Nous savons tous cette forme d'épilepsie jacksonienne retraçable à un traumatisme crânien et tardive à se manifester.

Donc retenons qu'un traumatisme du crâne peut s'accompagner de lésions cérébrales qui ne se manifestent que tardivement, très tardivement même.

—0—

Chez notre malade, la fracture crânienne et l'hématôme extra dure-mérien à gauche sont tacites, et tous les symptômes, les dominants au moins, pointent vers une lésion cérébrale à droite, qui existe de fait.

Comment expliquer les hémorragies intracraniales à droite ? Par le contre-coup, et souvent en est-il ainsi. Les hémorragies cérébrales à distance, par contre-coup, sont parmi les curiosités non rares de la pathologie cérébrale,

Sur quoi peut-on se baser pour assurer le foyer hémorragique et si possible le localiser.

A. D'abord la lésion externe, au cuir chevelu.
B. La dépression osseuse.

C. Un éveil de douleur à l'exploration lorsque la pulpe de doigt arrive au territoire de la fracture.

D. Les pupilles, que nous disent-elles ? Tantôt dilatées, tantôt contractées, elles varient leurs renseignements. Mais l'une est-elle dilatée, fortement et en permanence ? Cherchons pour une localisation crânienne du "même côté".

E. L'ophtalmoscope peut-il nous être utile ici ? Oui, certes oui, et aidons-nous toujours de ses renseignements. Il nous dira si les "papilles" sont identiques, ou s'il y a "œdème" de l'une d'elle : dans ce cas, c'est la signature d'une lésion cérébrale de ce côté.

F. L'hémorragie "sous-conjonctivale", — ne manquons pas de la rechercher. Sa présence comme celle de la mydriase et de l'œdème papillaire a même signification.

G. L'hémiplegie — ou la paralysie localisée au bras ou à la jambe — que nous dit-elle ? Qu'il y a lésion cérébrale à la zone rolandique corticale du côté opposé.

Est-ce infailible ?

Rien de moins régulier que la pathologie cérébrale, — et s'il nous est possible de donner des règles générales s'appuyant sur des faits nombreux, — la clinique nous indique souvent des exceptions.

L'histoire de notre malade le prouve : lésion cérébrale à droite ; hémiplegie gauche ; lésion cérébrale étendue à gauche : à peine un léger tremblement des muscles de la cuisse droite, passager et irrégulier.

Elliott rapporte (Boston Medical and Surgeon Journal, 1903) le cas d'un malade qui, à la suite d'une chute de 20 pieds sur la tête présente de la mydriase droite et des convulsions générales "prédominantes à droite", hématome cérébral à gauche ? Non, mais à droite. La pupille avait été plus précise dans son renseignement.

Et la "paralysie de la face" ? siége-t-elle du côté de la lésion. Non, du côté opposé généralement, comme l'hémiplegie, car les centres de la face voisinent avec ceux du bras et de la jambe en territoire rolandique.

Est-il des exceptions ? Certes oui, et la fracture est-elle comminutive vers la base "en passant par le rocher" que la paralysie de la face siège ici du côté fracturé, par lésion du nerf facial sur son trajet périphérique.

I. Enfin nous trouverons des lésions des nerfs crâniens, lorsque la fracture se sera portée vers la base, alors que fréquemment l'on remarquera de concomitance une hémorragie de l'oreille, pouvant être suivie d'écoulement plus ou moins abondant et persistant de liquide céphalo-rachidien.

Jusqu'aux heures précédant immédiatement la mort de notre malade, il n'eut en aucun temps l'hypertension artérielle. Cushing a bien étudié la tumeur dans les hémorragies intra-craniennes.

Nous savons par quel mécanisme se produit l'hypertension artérielle. Cushing a bien étudié la question et notre confrère Archibald nous en a entretenus ici même, dans les colonnes du journal.

Qu'il me suffise de rappeler que toute hémorragie cérébrale amène, par compression ou autre mécanisme une anémie du bulbe, qu'immédiatement le centre vaso-moteur entre en jeu et augmente la tension vasculaire périphérique. Dans le même temps d'anémie bulbaire, la respiration a pris un rythme particulier, dit de Cheynes-Stokes. Puis sous l'effet de l'hypertension vasculaire périphérique. Le bulbe, mieux irrigué, a-t-il vu sa vitalité se réveiller que la respiration s'améliore et la tension artérielle subit un léger relâchement. Et les va et vient se succèdent ainsi.

Chez notre malade, le bulbe ne fut pas affecté, n'y parut pas du moins, delà une respiration et une tension sanguine normales.

—o—

J'ai parlé de "ponction lombaire". C'est là d'usage courant dans ces cas de traumatismes cérébraux, et on la fait dans un double but.

Primo : préciser le diagnostic. Le liquide céphalo-rachidien est-il teinté de sang, que l'hémorragie sous dure-mérienne peut s'affirmer.

Secundo : dans un but curatif. Nombreux à l'heure actuelle sont les fracturés du crâne amenés en état comateux et sortis de leur somnolence par l'évacuation d'une quantité variable de liquide céphalo-rachidien. De 10 à 25 c.c. doivent être enlevés par séance, et les ponctions peuvent être répétées deux fois dans les 24 heures, et pour plusieurs jours de suite.

Quénu a rapporté plusieurs cas ainsi guéris par les simples ponctions lombaires répétées.

INTERVENTION OPÉRATOIRE

Et maintenant le diagnostic de fracture du crâne étant posé, — surtout fracture du sommet ou des côtés — devons-nous nous croiser les bras et

nous contenter de purgatifs et de glace sur la tête? S'arrêter-là, sera-t-il faillir à notre rôle. Je sais bon nombre de cas de fracture du crâne qui guérissent sans intervention. Si la fracture est légère, peu étendue, sans hémorragie, sans complication externe, les chances de guérison spontanée sont bonnes.

Mais il est si rare que toutes ces conditions favorables soient de la partie. Et alors, dans le cas contraire, dans les cas graves? La ponction lombaire, en même temps qu'elle nous aidera à préciser le diagnostic, soulagera l'état comateux et les crises épileptiformes ou la paralysie. Bien souvent le blessé reprendra connaissance.

Il faudra, dans la majorité des cas songer alors à la trépanation.

Que pouvons-nous en attendre, le soulagement seulement ou la guérison? La guérison, certes oui, et dans un très grand nombre de cas.

Brion, soutenant devant la Faculté de Strasbourg une thèse sur la question, établissait ses conclusions sur 50 cas d'hémorragie méningée traumatique ayant fait l'objet d'une intervention opératoire, 25 blessés furent opérés d'urgence, 21 guérirent rapidement, 4 succombèrent aux suites des lésions cérébrales, dont l'intervention ne réussit pas à les sauver.

25 autres durent être trépanés à longue échéance pour des complications ultérieures et variées, paralysies, épilepsie jacksonienne, aphasie; 2 moururent de méningite suppurée post opératoire.

Je veux bien que l'intervention opératoire ne donne pas toujours des résultats aussi brillants. Mais notre technique devenant plus précise et nos moyens plus perfectionnés, il y a donc lieu d'attendre d'heureux et pratiques résultats de l'intervention.

Piqué ne vient-il pas d'ailleurs, à la Société de Chirurgie de Paris, d'insister à nouveau sur la nécessité de l'intervention dans ces deux circonstances: 1. Dans toute plaie du crâne même des plus minimes; 2. Dans les cas, où en l'absence de tous signes fonctionnels, un hématome fait obstacle à l'exploration de l'os.

Tous les chirurgiens se rallieront à ces dires, — sauf pour les fractures de la base. Ici ou là, la nature se charge de guérir le blessé, où la méningo-nète dans la cavité crânienne par le trait de frac-encéphalite l'emporte. Dans ces cas l'infection pétérale qui l'a fait communiquer avec le nez, le pharynx ou l'oreille.

Est-ce à dire que le traitement doit être pur

ment expectatif. Mais non. Écoutons Lejars :

"Il faut, et cela tout de suite, FAIRE UN LAVAGE ANTISEPTIQUE TRÈS SOIGNÉ DE L'OREILLE ET FERMER LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE avec un tampon à gaz aseptique, PUIS FAIRE ET REPETER de larges injections dans le nez, la bouche, le pharynx avec une solution chloralée ou simplement avec l'eau bouillie. J'ai vu guérir ainsi, dit-il, des fractures de la base des mieux caractérisées. Même dans les cas douteux, il est toujours de bonne et sage pratique de recourir à cette désinfection préventive".

Dans le cas de complication infectieuse, de méningo-encéphalite, nous sommes désarmés ou peu s'en faut. Poirier, cependant, rapporte un cas de guérison à la suite d'une large trépanation bilatérale. Reconnaissons qu'ici la guérison est la très rare exception.

L'Hygiène Alimentaire dans la Loi Juive

Par le Dr Adrien Loir

Depuis de nombreuses années je m'occupe de la question de l'inspection des viandes. Pendant mon séjour à Tunis, ville dans laquelle on compte 40,000 juifs sur 160,000 habitants, et où j'ai dirigé l'Institut Pasteur pendant neuf années, j'ai eu l'occasion de suivre de près la façon dont les Israélites procèdent à cette opération. J'avais publié, avec le vétérinaire directeur de l'Abattoir de cette ville, un certain nombre de faits concernant la tuberculose de la chèvre. Un jour, me rendant à l'Abattoir pour y examiner des organes provenant de chèvres saisies, j'eus l'occasion de voir le sacrificateur juif faire l'inspection de la vache "cachir". Le directeur de l'Abattoir me fit remarquer que la plupart des pratiques avaient l'air d'être dirigées pour la recherche de la tuberculose.

J'obtins qu'un des sacrificateurs vint à mon laboratoire, où il voulut bien faire devant moi, selon le rite juif, l'autopsie d'une génisse qui avait servi à fournir du vaccin au centre vaccino-gène de Tunis, que je dirigeais. Ce vieux sacrificateur à la longue barbe blanche, appartenait à cette classe de rabbins dont la longévité est remarquable, peut-être parce qu'ils observent à la lettre les interdictions alimentaires du judaïsme. Ce sont ces vieillards qui, parvenus à l'âge caduc, s'en vont, en un nouvel

exode, se retirer en Palestine, afin de mourir dans la Terre Promise, traversant à pieds, courbés sur leur bâton de pèlerins, les déserts de Tripolitaine et d'Égypte.

La loi mosaïque est scrupuleusement suivie par ces sacrificateurs. Celui qui voulut bien venir chez moi et faire l'inspection sous mes yeux m'indiqua trois pratiques qui m'étonnèrent. En premier lieu, il passe la main derrière le poumon, le long de la colonne vertébrale, et déclare la bête "cachir", la main ayant été introduite sans rencontrer aucune adhérence, ce qui aurait rendu l'animal "trifa". Or, deux maladies peuvent donner ces adhérences : la péripneumonie contagieuse des bêtes à corne et la tuberculose. Continuant sa démonstration, il suspendit le poumon par la trachée, et introduisit de l'eau dans ce viscère. Il m'expliqua que si l'eau s'en écoulait, la viande serait déclarée "trifa". Puis, prenant le poumon par la trachée, il l'éleva à la hauteur de son épaule et le lança violemment à terre. Si un liquide, s'échappant du viscère, eût souillé le sol, il aurait déclaré la bête immangeable. Je me demandai, à cette époque, s'il ne poursuivait pas son inspection de façon à se rendre compte si l'animal n'avait pas la pommelière, c'est-à-dire la tuberculose du poumon. Depuis, j'ai recherché dans le rituel du judaïsme si, parmi les règlements, on ne trouvait pas des données permettant de croire que la tuberculose était poursuivie. Partout il me semble en trouver la preuve. Je lis, à l'article 10 du chapitre 36, intitulé "Des diverses lésions du poumon", le paragraphe suivant : "Si le poumon est tellement dense qu'il provoque, à la palpation, la sensation qu'on éprouve en touchant le bois, l'animal est immangeable ; de même, si le poumon est léger comme du bois, l'animal est immangeable".

Souvent la prescription hygiénique n'est pas aussi nette dès le début. Voici, par exemple, ce qu'on trouve à l'article 14 : "Lorsque le poumon est entièrement ratatiné, l'animal est immangeable, si ce rétrécissement est dû à la frayeur que l'animal a éprouvée par suite d'un acte humain, parce qu'on a saigné un autre animal en sa présence. Mais, si la frayeur de l'animal a été causée par quelque phénomène céleste, tel que le bruit du tonnerre, l'animal est mangeable. Cet article ne peut pas être interprété au point de vue de l'hygiène, mais l'article 15 lui donne un tout autre sens, en l'expliquant de la façon suivante : "Article 15. Comment examiner ce cas (lorsqu'il y a incertitude sur la cause de la frayeur) ? On laisse tremper

le poumon dans l'eau durant vingt-quatre heures. Si le poumon revient à son état normal, on en déduit que la frayeur qui a déterminé le rétrécissement a été causée par un phénomène céleste. Aussi, l'animal est-il mangeable. Sinon, on en conclut que la frayeur est due à un acte humain, aussi l'animal est-il immangeable."

L'animal est donc trifié lorsque la lésion est permanente, c'est-à-dire due à une lésion pathologique. Je ne multiplierais pas à l'infini ces citations, et je me bornerai à dire que, par l'aspect du poumon, on reconnaît si la bête est saine, et que, dans bien des cas, on a l'air de poursuivre la viande tuberculeuse. Les Phéniciens, les Egyptiens, chez lesquels Moïse et les anciens Juifs sont allés chercher les règles qu'ils ont codifiées au point de vue religieux, connaissaient-ils donc les dangers que peut faire courir à l'homme l'ingestion de viande tuberculeuse ? Ce que, par l'expérience, nous avons trouvé nous-mêmes ces dernières années seulement, le jour où, en 1865, Villemin nous a démontré que la tuberculose de la vache pouvait se donner à l'homme, les Anciens, qui avaient sur nous l'avantage d'être des observateurs, n'ont-ils pas pu s'en rendre compte ? L'hygiène, telle que nous la comprenons aujourd'hui, n'existait pas autrefois, mais l'homme a toujours paru se préoccuper du soin de se maintenir à l'état sain. Il a pu voir que le porc était une viande indigeste, et en défendre l'usage. Je sais que, pour ma part, il m'est absolument impossible de manger de la viande de porc le soir sans payer la chose, qui est pour moi un écart de régime, d'une insomnie fort désagréable, causée par des troubles stomacaux. Il y a près de vingt ans, vivant avec des camarades, et choisi par eux comme chef de popote, je commandai certain soir un rôti de porc. Le plat fut reçu avec une désapprobation générale et me valut une amende. Il me fut indiqué que l'on ne doit jamais présenter de la viande de porc dans un repas du soir. Les estomacs de tous les temps ont été assurément réfractaires à ce que, de nos jours, les nôtres digèrent difficilement, et il est indubitable que nos ancêtres n'en aient fait la remarque. Il est donc inutile d'inventer une histoire d'animal "tabou" quand une raison si simple s'offre à nous pour empêcher la consommation de cette viande. Si le législateur a, dans sa sagesse, frappé d'anathème ces viandes, c'est évidemment pour mettre en garde contre lui-même un peuple qui, s'il n'avait eu le frein d'une défense religieuse, aurait usé d'aliments pouvant causer des maladies. Le moyen

était bon : quand bien même un petit nombre eût compris l'efficacité de ces défenses au point de vue de l'hygiène, la majorité ignorante n'eût point été à l'abri, et celle-ci est sauvegardée, car ces aliments sont condamnés, comme étant impurs, par prohibition religieuse.

Le porc est aussi, comme on le sait, le véhicule d'un grand nombre de maladies ; et, de même que nous, nos pères ont dû s'en rendre compte. La meilleure preuve que l'on puisse donner de l'application de données d'hygiène dans une interdiction alimentaire est, je crois, dans le fait suivant : le lièvre, nourriture lourde et indigeste, est interdit chez les Juifs, chez les Indiens d'Amérique, chez les Bretons au temps de César, chez les noirs de l'Afrique et de l'Océanie. Comment croire que cette interdiction n'avait point été basée sur des raisons d'hygiène ? Il est fort à supposer que ces peuples, tout en n'ayant aucune relation entre eux, se sont rendus compte que la viande de cet animal était désavantageuse aux fonctions stomacales et souvent nuisible à l'organisme humain. Il me semble que cette prescription hygiénique est bien plus simple à admettre que de croire que des raisons de totémisme ont fait proscrire la chair de ces animaux considérés comme impurs. Pythagore et sa secte considéraient comme un crime de manger des fèves. Voilà une prohibition dont, de prime abord cet ostracisme à l'égard d'un innocent légume il ne saute aux yeux que la superstition, le motif nous échappant. Il est à remarquer que, dans les Marais Pontins, les paysans romains considèrent les fèves blanches comme un poison mortel pour les individus atteints de fièvres paludéennes, si communes dans le pays. N'avons-nous pas, dernièrement, trouvé que des haricots, d'une certaine espèce et de provenance étrangère, contenaient de l'acide cyanhydrique, qu'ils pouvaient empoisonner ceux qui les mangeaient et causer leur mort ? Aussi la consommation de ce légume a-t-elle été défendue. Des interdictions de ce genre ont été certainement utiles à une époque où les Juifs vivaient en contact de civilisations peu avancées et dans lesquelles l'hygiène alimentaire était tout à fait négligée. Grâce à l'existence de ces prescriptions, qui avaient un caractère religieux, on n'a pas touché à ces dernières et elles se transmettent de siècle en siècle. Si elles n'avaient pas eu cette forme rituelle, il est certain que la superstition pouvait être seule inculpée de l'existence de ces abstentions. Leurs usages seraient, depuis longtemps, tombés en désuétude. Un peuple croyant respectera

toujours les prescriptions religieuses, tandis qu'il peut arriver que des affirmations provoquées par des recherches scientifiques peuvent tomber, pour faire place à d'autres ultérieures. Est-il avantageux de supprimer à l'heure présente, ces restrictions alimentaires ? Nous répondrons carrément : non. Dans les grandes villes où l'inspection est bien faite, dans les abattoirs, par les vétérinaires sanitaires, les juifs pourraient se considérer comme étant à l'abri de la contamination par l'usage des viandes, et il est certain qu'aucun inconvénient ne s'opposerait à ce que, comme le dit la plume illustrée d'un grand savant français, M. Salomon Reinach, l'abîme qui sépare les juifs des autres confessions religieuses ne soit comblé. Mais ce qui est sans danger pour les grands centres civilisés où nous vivons peut en avoir en d'autres lieux où l'inspection des viandes, dans les abattoirs, est mal faite. Pourra-t-on, à un certain moment et dans un certain point du globe, reconstituer la tradition rompue ? je ne le crois pas. En 1902, l'Institut Pasteur de Paris m'a envoyé en mission sur les bords du Zambèze, à Bulawayo, pour installer dans ce pays un Institut antirabique. Dans cette cité de Bulawayo, une des importantes étapes du chemin de fer du Cap au Caire, taillée largement en prévision de son avenir prochain, entourée d'un parc immense, la police sanitaire anglaise n'a pas manqué d'assurer toutes les mesures hygiéniques ; mais il n'y a, pour procéder à l'inspection des viandes, d'autre fonctionnaire qu'un nègre débrouillard, chargé du soin délicat de la surveillance de l'abattoir. Celui-ci, incapable d'être jugé quand il croit se trouver en présence d'une viande douteuse, m'a dit que, dans ce cas, il consultait le sacrificateur qui immolait les bêtes destinées à la nourriture des soixante juifs qui habitent la ville. Ce petit nombre d'Israélites avait trouvé moyen de faire inspecter les viandes selon les rites, tandis que les trois mille habitants anglais ne s'étaient pas préoccupés de charger un individu compétent de la tâche si importante de l'examen des viandes.

Il est certain que les prescriptions qui ont regard à la viande, dans la loi israélite, aident à remplir plus facilement les indications que nous fournit la science moderne de l'hygiène. Par l'abattage selon la méthode juive, qui consiste à couper les vaisseaux du cou, l'issue rapide du sang et les convulsions épileptoïdes qui surviennent à la dernière période de l'hémorragie, favorisent la production de l'acide lactique qui agit sur le phosphate de chaux et le transformé en lactate et en phospho-

te acide de chaux. Ce dernier corps entrave le développement des microbes, retarde la formation des produits de la putréfaction et rend la viande très savoureuse. Les convulsions épileptoïdes diminuent l'alcalinité du sang resté dans les vaisseaux et, par suite, créent un terrain moins favorable au développement des microbes. Les convulsions épileptoïdes rendent la viande plus tendre et d'un plus bel aspect. Par l'apparition plus précoce de la rigidité, la viande est utilisable plus tôt. Par l'apparition plus tardive de la putréfaction, elle reste utilisable deux ou trois jours, même en été. Il est donc certain que, dans les pays chauds, nous devrions suivre beaucoup des prescriptions recommandées par la loi israélite, et il n'est pas à douter aussi que, dans les pays tempérés, une inspection des viandes prescrite par une loi religieuse sera toujours mieux suivie qu'une inspection simplement édictée par le bon vouloir de ceux qui sont chargés de la police sanitaire.

Dernièrement je fus envoyé, par le gouvernement canadien, visiter les abattoirs de Chicago où, depuis la campagne de l'an dernier, on a beaucoup amélioré la situation. Ma visite avait surtout pour but de voir comment on procède à l'inspection de la viande de porc au point de vue de la trichine. La méthode employée est très rapide et donne de bons résultats, mais on ne l'applique que pour les pores qui doivent servir au commerce allemand, l'Allemagne étant le seul pays qui l'exige. Et, cependant, les porcs de Chicago sont fréquemment trichinés. L'an dernier, dans ces grands abattoirs où l'on tue aussi des bœufs et des moutons, il y avait soixante-dix inspecteurs, et souvent leur action était entravée par les riches propriétaires des usines de viandes. Aujourd'hui, ces inspecteurs sont au nombre de trois cent quatre-vingt ; le service est sérieusement fait et l'un d'eux me disait, l'autre jour, que l'on trouve environ deux pour cent des bêtes atteintes de tuberculose. Autrefois, ces animaux n'étaient pas arrêtés. Mais, à Chicago comme partout ailleurs, dans les abattoirs, il y a pour la communauté juive, un sacrificateur religieux qui, lui, de tout temps, a procédé selon les rites, a fait son devoir en conscience.

La religion juive a codifié ce qui était courant dans la science d'autrefois ; cette science, nous ne la connaissons que parce qu'elle nous en est apportée par les traditions religieuses, et véritablement, on ne peut qu'en être étonné, et il est bien permis de se demander si, dans vingt siècles, à la suite de l'évolution que nous appelons le Progrès, il y aura un

monument comme celui qui nous est transmis par la tradition juive pour apporter à nos descendants les traces de notre science actuelle : nos livres existeront-ils encore, et ont-ils la vitalité d'une religion ?

Notre science évolue : elle est discutée. En 1865, Villemin nous a démontré que la tuberculose était une ; en 1902, Koch a affirmé le contraire ; à l'heure actuelle, nous sommes revenus aux théories de Villemin. Qui sait si nous n'évoluerons pas encore ? C'est le propre de l'homme jeune de vouloir changer les théories qui existaient avant lui.

Le rabbin qui examine si le poumon de l'animal qu'il vient de sacrifier a un trou et qui compare le trou qu'il vient de rencontrer avec une lésion faite par sa main, pour voir si la coloration est la même, si l'aspect est identique, ne recherche pas une lésion particulière, il voit que le poumon n'est pas sain, et il proscriit l'usage de la viande. Il se trompe peut-être quelquefois, mais il sauve certainement bien souvent des existences humaines, car il accomplit religieusement sa mission, et la viande malsaine, nous le croyons avec notre science actuelle, est dangereuse pour l'homme.

L'Huile de Vaseline dans le Pansement de l'Evidement Petromastoidien (1)

Par le Dr J. N. Roy

Depuis quelques années, les pansements de l'évidement péto-mastoidien ont été faits d'après différentes méthodes. En 1902, Eeman de Gand, dans sa première communication à la Société belge d'oto-rhino-laryngologie, préconisait l'acide borique dans ces pansements. L'année suivante, il revenait sur le même sujet, et rapportait une statistique de trente-huit malades traités par sa méthode.

En 1905, Mahu de Paris, présentait un nouveau procédé à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, qui consiste à ne plus tamponner la plaie, mais seulement à la drainer avec une mèche de gaze appliquée sur le plancher du conduit.

Je n'ai pas l'intention de discuter ici l'opinion de Laurens qui veut que, dans certains cas, le pansement de l'évidement soit celui de la trépanation

(1). Communication faite à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris, mai 1907, et à la Canadian Medical Association, Montréal, septembre 1907.

dans la mastoïdite simple. Ce serait sortir de mon sujet, puisque dans le présent travail, je me propose de vous parler seulement de l'épidermisation, et non du comblement de la plaie après l'opération.

Tous ces différents procédés ne sont que des modifications de la méthode classique allemande qui consiste à faire épidermiser la cavité au moyen de tamponnements à la gaze.

Dans le courant du mois de juin 1905, j'eus à faire une opération d'évidement, et, malgré tous les soins que je pris, aux pansements, la guérison se faisait attendre. Après avoir employé, sans aucun succès, tous les procédés connus, il m'est alors venu à l'idée de changer entièrement de méthode, et de remplacer les pansements secs par des pansements à l'huile. Le malade, que je traitais depuis plus de six mois, fut guéri en dix jours. Plus tard j'eus avec d'autres confrères l'occasion d'expérimenter de nouveau ces pansements à l'huile avec des résultats non moins heureux. En présence de ces faits, je me crois aujourd'hui en mesure d'exposer les règles suivantes de ce nouveau mode de pansement.

On fait l'évidement comme à l'ordinaire, mais l'opérateur choisira de préférence un procédé autoplastique qui lui permettra de suturer les lèvres de la plaie rétro-auriculaire, surtout s'il n'est pas en présence d'un cholestéatome. Pour compléter l'hémostase, le pansement post-opératoire doit être légèrement compressif, et fait à la gaze iodoformée. Celui-ci est enlevé vers le sixième jour — suivant les indications — et la plaie est soigneusement nettoyée à l'eau oxygénée, et asséchée avec de l'ouate. De petites lanières de gaze simple, d'environ un centimètre et demi de largeur sur six centimètres de longueur, sont trempées dans de l'huile de vaseline ; un bout est introduit dans la caisse, soit par le conduit ou par l'ouverture rétro-auriculaire, et l'autre extrémité reste en dehors de la plaie. Toute la cavité doit être soigneusement tapissée par cette gaze, et les lanières doivent empiéter légèrement les unes sur les autres. Sur cette doublure, on applique de l'ouate suffisamment humectée de vaseline liquide pour être bien tassée. En faisant ce tamponnement qui doit être assez serré, il faut ne pas laisser d'espace mort ; aussi pour atteindre ce but, vaut-il mieux se servir de préférence de petites boulettes de coton. On doit apporter beaucoup de soin à l'ouverture du conduit, en le tamponnant assez fortement, d'une part pour empêcher son atrésie, et d'autre part pour maintenir l'accélé-

ment des lambeaux. Lorsque la cavité est bien remplie on termine le pansement avec de l'ouate sèche et un bandeau.

Inutile d'ajouter que l'huile de vaseline, la gaze et le coton doivent être stérilisés, et que le panseur doit se conformer à la plus rigoureuse asepsie. A la première période, les pansements sont faits tous les jours ; lorsque la sécrétion de la plaie diminue, et que l'épidermisation marche normalement, ils sont alors renouvelés tous les deux jours. L'ablation du pansement doit être faite lentement ; comme les lanières de gaze s'accrochent quelquefois à l'épiderme, il vaut mieux les enlever par des tractions faites de dehors en dedans, après les avoir humidifiées avec de l'huile ou de l'eau oxygénée. La plaie est ensuite nettoyée au peroxyde d'hydrogène, soigneusement asséchée, et avant de refaire un nouveau pansement, suivant le même procédé, il faut voir à ne pas laisser d'effiloche. S'il arrive d'être en présence d'une complication quelconque, on doit agir naturellement d'après les circonstances. Telle est la technique si facile de ces pansements à l'huile.

—o—

OBSERVATION I — En mars 1905, M. M... 23 ans, vient me consulter à l'Hôtel-Dieu pour un écoulement de l'oreille gauche datant de deux mois. A l'examen, je constate une perforation de la membrane de Shrapnell, et un polype venant de l'attique. L'ablation en est faite séance tenante. L'oreille coule toujours et le polype se reforme encore après une nouvelle opération. En avril, je décide de tenter l'ossiclectomie, avec un bon curettage de l'attique.

Permettez-moi de faire une digression pour vous donner un résumé de la technique de cette intéressante opération.

Après antiseptie du conduit auditif, instillation de quelques gouttes d'adrénaline au 1-1000. Anesthésie au chloroforme, et choix du plus gros spéculum pour enlever les osselets par le conduit qui, malheureusement est étroit. Malgré cette complication, je préfère me servir de cette méthode classique, et ne pas suivre celle de Stacke qui consiste à faire l'ossiclectomie par la voie rétro-auriculaire. Eclairage avec le miroir de Clar. Ponction du tympan avec une aiguille à paracentèse, introduction du bistouri boutoné de Sexton à travers cet orifice, et incision de cette membrane en mouvements d'abaissement et de latéralité. L'enrasant le pourtour du cadre. Après avoir détruit les ligaments de la courte apophyse, section du ten-

don du tenseur du tympan avec le ténotome de Sexton, correspondant à l'oreille gauche. Ablation du marteau avec la pince de Sexton, pas de petits mouvements d'abaissement et de latéralité. L'enclume est ensuite extraite de la caisse après avoir été luxée avec le crochet de Ludewig pour l'oreille gauche. Malgré l'application d'adrénaline, je perds les trois quarts de mon temps à faire l'hémostase ; car l'hémorragie est d'autant plus considérable que je suis en présence de fortes lésions d'ostéite. Terminaison de l'opération par un curettage aussi complet que possible du cadre du tympan, et surtout des parois de l'attique avec les curettes courbées de Kretschmann. Bain de l'oreille à l'eau oxygénée, et pansement légèrement compressif à la gaze iodoformée. Les suites post-opératoires sont excellentes. Le malade n'a pas de douleur, car aucune partie délicate de la caisse n'a été lésée, ni même le conduit membraneux protégé par le spéculum. Premier pansement au bout de quarante-huit heures ; la mèche est imprégnée d'un suintement séro-purulent. Trois bains d'eau oxygénée par jour suivis d'un séchage minutieux de la caisse, et de l'application d'un drain à la gaze simple. Cependant, l'oreille continue à couler et le polype se reforme.

Vers la fin du mois de mai, le malade commence à faire de la température à la suite d'une poussée de mastoïdite. Il y avait encore évidemment de la rétention. Le traitement ne donne aucun résultat, et les symptômes s'aggravent. En juin, je pratique l'évidement péro-mastoïdien. L'antre l'aditus et l'attique sont remplis de bourgeons, produits de l'ostéite. L'autoplastie est pratiquée d'après la méthode de Panse. Des pansements compressifs sont faits tous les jours à la gaze simple. Au bout de quatre mois, la cavité est épidermée à l'exception d'une anfractuosité du plancher de la caisse qui, pendant un autre mois, ne veut pas guérir. Je fais alors des pansements à l'acide borique. Malgré la petite quantité de poudre insufflée, il y a fait de la rétention, et le malade empire. Je me contente ensuite de nettoyer la plaie et de laisser faire la nature. De petites croûtes se forment et la cavité suppure. En présence de l'insuccès que me donnent ces trois méthodes, assez longtemps employées, j'imagine alors de faire des pansements à l'huile de vaseline, ce qui me permit de guérir définitivement mon malade en dix jours : guérison maintenue depuis lors.

Les deux observations suivantes sont dues à l'obligeance de mon excellent ami, le Docteur Las-

salle, à qui j'ai fait part de cette méthode, et qui a bien voulu l'essayer.

OBS. II — La sœur L., 32 ans, souffre d'une otite moyenne aiguë suppurée double, de nature grippale, depuis janvier 1905. En mars, mastoïdite double qui guérit à gauche. Trépanation à droite en avril. Le terrain est mauvais, la malade étant scrofuleuse, et la plaie bourgeonne toujours. Tonique à l'intérieur. En avril, la cavité n'est pas encore comblée, l'ostéite continue, et l'on pratique l'évidement péto-mastoïdien. Autoplastie d'après la méthode de Stacke. Pansements compressifs à la gaze simple. Cautérisations, curettages répétés, car la plaie bourgeonne et l'épidermisation marche très lentement. Malgré les pansements compressifs, la cavité a une tendance à se refermer; les cellules péri-tubaires font de l'ostéite, et un curettage complet est pratiqué en décembre 1905. Reprise des mêmes pansements d'ailleurs, que l'on alterne ensuite avec ceux des autres méthodes. Un an après l'évidement, il reste encore un tiers de la plaie à épidermiser. Des pansements à l'huile de vaseline sont alors essayés, et guérissent définitivement la malade.

OBS. III — Madame P., 36 ans, a une otorrhée droite depuis son enfance. À la suite d'un coryza, elle fait une mastoïdite en décembre 1906, et un abcès sous-périosté. Evidement péto-mastoïdien le 22 décembre. Pas de cholestéatome, mais destruction d'une grande partie des cellules péri-antrales, et du conduit osseux postérieur. Dure-mère et sinus latéral à nu par ostéite. Les osselets ont disparu par la suppuration. Autoplastie d'après le procédé de Stacke. Tamponnement à la gaze iodoformée. Premier pansement le sixième jour avec la vaseline liquide. Au commencement de janvier, la cavité s'épidermise. Le 31, l'épiderme a envahi les trois-quarts de la plaie. Avec les pansements compressifs à l'huile de vaseline, la cavité ne s'est pas rétrécie. La malade n'a jamais eu de douleur, n'a jamais eu de bourgeons, et n'a jamais suppuré. Le 14 février, la patiente était radicalement guérie; c'est-à-dire après 54 jours de pansement.

—o—

Si nous jetons maintenant un rapide coup d'œil sur les avantages et les inconvénients de ces différents procédés, nous voyons que :

L'ancienne méthode allemande qui consiste à faire des pansements compressifs à la gaze est très douloureuse. De plus il est impossible de remplir partout la cavité opératoire, surtout la caisse.

Comme ce pansement irrite les tissus, il se forme des bourgeons qui nécessitent des curettages et des cautérisations répétés. Ajoutons à cela plusieurs mois de traitement.

De l'aveu de Mahu lui-même, le procédé qui consiste à laisser faire la nature, en drainant seulement la cavité, ne serait applicable que lorsqu'il s'agit d'ostéite simple. Cette cavité opératoire n'étant pas tamponnée, les parois se rétrécissent naturellement, ce qui peut occasionner de sérieuses complications. De plus, il se forme des bourgeons qui retardent l'épidermisation.

Quant à la méthode d'Eeman, qui semble être la plus en faveur auprès des otologistes, nous pourrions lui faire le même reproche qu'à la précédente. En l'absence de tamponnement, la cavité opératoire a une tendance à se refermer, et une récidive de cholestéatome pourrait même nécessiter un second évidement. L'acide borique, plus ou moins dissout par les sécrétions de la plaie, forme un magna irritant et la fait bourgeonner. Enfin, la douleur des pansements des trois premières semaines a été seule suffisante pour empêcher certains opérateurs de continuer à employer cette méthode.

Avec l'huile de vaseline, le panseur pourra à volonté, par un tamponnement plus ou moins fort, laisser rétrécir un peu la plaie, ou encore lui conserver la forme qu'elle avait après l'opération. Les granulations en contact avec ce corps gras aseptique sont parfaitement protégées contre toute contamination, et n'ont aucune tendance à s'organiser en bourgeons exubérants et à suppurer. L'épiderme qui se forme est solide, et marche rapidement sur un sommier ostéo-fibreux bien préparé. Aucune douleur n'est ressentie pendant tout le cours des pansements. La malade de ma dernière observation fut guérie en 54 jours; aujourd'hui, il serait facile d'obtenir une guérison en beaucoup moins de temps en suturant les lèvres de la plaie rétro-auriculaire immédiatement après l'opération. Je ne discuterai pas la valeur des greffes du Thiersch; cependant, les partisans de cette méthode, après assèchement et avivement de la plaie, trouveront dans l'huile de vaseline, un des meilleurs procédés de pansement à la suite de cette petite opération.

De tous les corps huileux, j'ai cru devoir employer la vaseline liquide de préférence aux huiles végétales. Nous pouvons avoir le même résultat — l'ayant d'ailleurs expérimenté — avec différentes huiles, entr'autres : l'huile d'olives, l'huile d'amandes douces. Cependant, nous savons que ces dernières sont souvent falsifiées, rancissent rapide-

ment après une fermentation qui les transforme partiellement en acide oléique ou autres acides analogues, et peuvent même devenir très irritantes pour les tissus avec lesquels elles viennent en contact. De plus, la moindre faute d'aseptie peut en faire un excellent milieu de culture microbienne.

Quant à la vaseline liquide, elle n'a aucun de ces inconvénients. Cette huile minérale est neutre et ne s'altère ni à la lumière, ni à l'air ; par conséquent, ne rancit pas. Très stable, elle peut même résister à l'action des produits chimiques les plus énergiques. En plus, elle ne peut pas s'infecter ; aussi est-elle indiquée de préférence à toutes autres pour ce genre de pansement.

Le petit nombre de malades traités jusqu'à ce jour par ce nouveau procédé, ne me permet pas de tirer de conclusions. Le but de cette communication est plutôt de soumettre cette méthode à mes confrères, et de leur demander de vouloir bien l'essayer et de communiquer plus tard le résultat de leur expérience personnelle.

En terminant, je ferai remarquer qu'avec les pansements à l'huile de vaseline :

1. Il n'y a pas de douleur ;
2. La plaie ne bourgeonne pas ;
3. L'épidermisation marche rapidement ;
4. La cavité garde, si l'on veut, la forme qu'elle avait après l'opération.

Correspondance de Berlin

Vous me demandez de tenir vos lecteurs au courant du mouvement médical à Berlin et en Allemagne. Ce me sera un honneur et une grande satisfaction à la fois. Beaucoup de collègues viennent d'Amérique, du Canada et des Etats-Unis, suivre nos cliniques et même y faire de longs séjours. Nos laboratoires leurs sont toujours ouverts, nous les en assurons, de même que nous sommes toujours aises de leur être agréables.

Le monde médical de Berlin a été plutôt calme ces derniers temps. Ceci n'a pas empêché la mort de moissonner à droite et à gauche.

Parmi les membres disparus les plus en vue de notre profession, je citerai le Professeur Max Schuller. Il enseignait la chirurgie depuis 1883. Pénible coïncidence, il mourut victime de cette terrible maladie qu'il avait passé sa vie à combattre : le cancer. Il fut un expérimentateur de grande valeur et ses études l'avaient conduit à croire à la nature parasitaire du cancer. C'est au cours de ces

expériences qu'il s'infecta et lentement mais sûrement il se sentit terrasser par son vieil ennemi.

Rosenbach et Moritz Litten sont encore deux cliniciens Berlinoises parmi les derniers disparus. De même Eugène Mendel, le psychiatre connu de tous est également du nombre des derniers partis.

Le Professeur Von Leyden qui occupait la chaire de Pathologie Médicale et de Thérapeutique, vient de résigner : d'un âge assez avancé, il a cru qu'il avait assez prodigué de sa santé et de son temps à l'enseignement, et il a trouvé sage et de bon exemple de ne pas s'éterniser dans cette chaire qu'il illustrait depuis longtemps. Bien que nos Maîtres ne soient pas comme en France, astreints à résigner leur chaire dès qu'ils ont atteint la "limite d'âge du professorat", ils ont le noble courage de ne pas attendre un déclin par trop manifeste pour se retirer : car pour tout homme illustre vient un temps où il l'est moins, même de son vivant. Pour tous arrive un âge où l'on n'a plus l'amour du progrès ni surtout la puissance du travail nécessaire pour marcher de pair avec le progrès, pour suggérer et diriger les travaux de laboratoire et d'expérimentation, sans lequel le Professeur de clinique ne sera jamais le pionnier ni le Maître qu'il a le droit et le devoir d'être.

Je me rappelle le nombre d'étudiants américains et anglais qui suivaient la clinique de Von Leyden. Tous ceux qui l'ont connu regretteront la disparition de ce clinicien si méthodique, si clair, si simple, d'exposition si parfaite et toujours à la recherche du nouveau. Il enseignait à la Charité où il occupait la première clinique médicale de la faculté, les Professeurs Gerhardt et Senator occupant les deux autres au même hôpital. Le successeur de Von Leyden sera le Professeur W. His fils du célèbre embryologiste.

La succession de la première clinique chirurgicale de Berlin s'est trouvée ouverte par la mort du Professeur Von Bergmann. Comme vous le savez probablement en Allemagne le choix d'un successeur ne se fait pas nécessairement dans son entourage immédiat, c'est au plus méritant. Inutile de dire que les aspirants étaient nombreux ici, d'autant plus d'honneur y était attaché, que Berlin était devenu avec Von Bergmann le grand centre de la chirurgie allemande, depuis que Vienne avait dû abdiquer avec la mort de Billroth. Le successeur de Von Bergmann est plutôt un jeune, mais un jeune qui depuis longtemps a fait sa marque comme pathologiste et expérimentateur et dont le talent clinique et l'habileté opératoire sont haut

quotés par tout le pays, je veux dire le Professeur Bier. Vous le connaissez sans doute, surtout par sa méthode de l'hyperhémie veineuse. Chirurgien à Altona (Hambourg) Bier fut à la mort du Professeur Schede, appelé à lui succéder à la clinique de l'Université de Bonn. C'est de là qu'il fut promu à Berlin. Sa place à Bonn sera occupé par le Prof. Garré qui vient à peine de succéder à Mickulicz à Breslau, tandis que le Prof. Kuttner de Marbourg, succède à Garré. Le Prof. Kuttner était en Amérique il y a quelques mois et sans nul doute a dû visiter Montréal.

Il y a quelques semaines, la question de la tuberculose, toujours d'actualité, revenait dans la Société médicale de Berlin. Marmorek de Paris, y parla de son sérum, qui lui avait donné sur les animaux d'excellents résultats. Chez les humains les résultats furent moins encourageants. Pour la tuberculose pulmonaire les résultats enregistrés furent très maigre et inconstant, mais plus satisfaisant lorsqu'il s'agissait de tuberculose chirurgicales. Dans la discussion qui suivit la communication, fort animée d'ailleurs, Neumann rapporta 18 cas de tuberculose chirurgicale traitée par le dit sérum de Marmorek et avec des résultats tous négatifs. Sonnenberg le réputé chirurgien de l'hôpital Moabit a eu quelques bons résultats. Landau de l'amélioration dans deux cas de tuberculose génitale. Hoffa vit de bons résultats du sérum dans la tuberculose osseuse, mais à condition d'y joindre le traitement chirurgical. Meyer eut des résultats défavorables dans des cas de tuberculose laryngée. Stadelman constata des complications dues au sérum.

A la réunion de la Société de Prévention de la Tuberculose, le corps médical berlinois s'éleva contre la rage des sanatoris prétendant qu'ils ne donnaient pas les résultats espérés. De la discussion, il résulte que les résultats permanents ne sont pas brillants mais que les avantages qui découlent de ce traitement sont de prolonger la vie d'un petit nombre, de permettre à ces derniers de gagner encore pendant quelque temps la subsistance des leurs et surtout l'éducation hygiénique. Il faut au moins trois mois de séjour dans un sanatorium pour les cas apyrétiques. Et alors les cas avec fièvre.

Quant aux traitements par les spécifiques les uns veulent le sérum Spengler de Marigliano de Marmarek, mais la tuberculine de Koch T. A. l'ancienne semble avoir donné les résultats les moins décourageants.

Cette lettre est trop longue déjà et je termine. Berlin, Septembre 1907.

Société Médicale de Montréal

Séance du 1 Octobre 1907

Présidence du Dr Lesage.

Membres présents : Drs Asselin, Boulet, Boucher, Bourgeois, Brossard, Décarie, de Cotret, de Martigny, Desloges, Dion, Dufresne, Ethier, Foucher, Gasnier, Hamelin, Hervieux, Handfield, Hamelin, Lebel, Lasnier, Laurent, Laramée, Loir, Marien, Monod, Malouf, Mercier, Plamondon, Racicot, Roy, St Denis, Valin.

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

Le Dr Hervieux communique une lettre du Dr Simard de Québec, lui demandant de s'enquérir de sujet du projet de renvoi du Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord en 1909. Les raisons qui militent en faveur de ce renvoi sont les suivantes :

Québec a été choisi comme siège du prochain Congrès en raison des fêtes du centenaire qui devaient précisément coïncider avec ce Congrès. Ces fêtes ayant été renvoyées en 1909, il a paru indiqué à nos confrères de Québec, chargés de l'organisation du Congrès et par conséquent de son succès, de le renvoyer à la même date. Ils sont d'avis que beaucoup de médecins particulièrement venant des Etats-Unis, viendront d'autant plus facilement que les fêtes du centenaire auront lieu en même temps que le Congrès.

Les Drs Foucher, Décarie, Monod, Mercier prirent part à une discussion de peu de durée à la suite de laquelle il fut décidé que la Société organisateurs du Congrès croiraient devoir prendre prouvent d'avance toutes les décisions que les pour en assurer le succès.

A PROPOS DES ELECTIONS

Nous rappelons à nos lecteurs que pour avoir droit de prendre part au vote des élections de la Société Médicale qui aura lieu au mois de décembre il faut avoir payé les deux dollars de cotisation au plus tard à la deuxième séance qui aura lieu à la fin de ce mois.

Montreal Medico-Chirurgical Society

Séance d'ouverture annuelle, 4 Octobre 1907

Les nouveaux officiers élus pour l'année 1907-1908 sont :

Président, Dr Wesley Mills, Professeur de physiologie à l'Université McGill.

Vice-Président, Dr Alex. Hutchison, chirurgien de l'Hôpital Général.

Trésorier, Dr Bazin.

Secrétaire, Dr Gordon.

Le Dr Finley, président sortant de charge fait une revue des travaux de l'année dernière et constate le progrès sensible de la Société. En termes aussi bien sentis qu'appropriés il rappelle les membres disparus pendant l'année et ce que la Société doit aux Drs Hingston, Stewart et Cameron.

Puis le nouveau président, le Dr Mills, dans ce langage impeccable qui le caractérise et qui nous laisse facilement deviner le lettré sous l'homme de science, remercie les officiers sortant de charge. Puis dans un beau mouvement il appelle à la tribune de la Société non seulement les membres âgés, aînés de la profession mais aussi les jeunes, les assurant d'une cordiale bienvenue. Il voudrait aussi une assistance plus nombreuse aux séances et si la moyenne l'an dernier a été de 44 membres, elle devrait aller sans cesse en augmentant.

Le Dr Keenan du Victoria, présente au nom du Dr White, l'observation clinique et l'analyse histologique d'un cas de carcinome colloïde primaire de l'appendice, et fait la revue des cas connus.

Le Dr Chipman du Victoria, à l'occasion d'un cas récemment observé au cours d'une opération pour annexite, montre combien souvent ces cas sont indolores et échappent à la possibilité d'un diagnostic ante-opératoire.

Le Dr Armstrong du Général, donne un travail très élaboré sur "les résultats éloignés post opératoires pour cancer du sein" où il passe en revue la symptomatologie parfois variée de l'affection, l'évolution si remarquablement lente en certains cas, si rapide ailleurs de ce cancer, finalement d'après sa statistique opératoire ce que l'on doit espérer de l'intervention chirurgicale est certainement une guérison mais à condition que l'on opère tôt et largement.

Le Dr Shepperd du Général, prend la parole et ajoute quelques remarques. Il connaît telle personne qui opérée depuis plus de 20 ans d'un cancer

du sein, est encore vivante. Opérer tôt et largement sont les conditions du succès permanent pour les malades.

Association Medical du District d'Athabaska

Présents : L. O. Noël et L. J. O. Sirois, de St Ferdinand ; Eug. Lacerte, Eug. Beaudet et Art. Marcoux, de Thetford Mines ; C. P. Paradis, de Black Lake ; A. J. Boisvert, de Plessisville ; Omer E. Desjardins, de Ste Anastasie ; et L. G. Rousseau, de Pittsburg.

Sur proposition du Dr Sirois, le Dr Noël préside à cette réunion. Adopté.

Proposé par le Dr Sirois, secondé par le Dr E. Lacerte, que le Dr Art. Marcoux, soit admis membre de cette association. Adopté.

Proposé par le Dr Sirois, secondé par le Dr C. P. Paradis, que le Dr Rousseau, de Pittsburg, et retiré à St Ferdinand, soit admis membre honoraire. Adopté.

Le Dr Sirois donne lecture d'une lettre explicative du Dr P., en réponse à la motion de censure adoptée à la dernière réunion.

La question du tarif des examens médicaux pour les compagnies à stock est encore discutée et finalement le "statu quo" est maintenu.

La question de la tuberculose vient sur le tapis et donne lieu à la recherche d'une solution ; à savoir : y a-t-il plus de cas de tuberculose dans les centres miniers qu'ailleurs. Les médecins de Thetford nous renseignent à ce sujet et nous font part qu'il n'y a pas plus de cas chez eux qu'ailleurs.

Le Dr Lacerte nous fait part de quelques observations de "pleurésies purulentes" et insiste sur le traitement opératoire qui donne de beaux résultats.

Des remerciements sont votés au Dr Lacerte. Puis l'assemblée s'occupe encore une fois de l'imbroglio du Dr R. vs Dr D. et à ce sujet les Drs Sirois et Belleau iront en cour, au nom de la Société, témoigner en faveur du défendeur. La conduite de la défense est la sauvegarde d'un principe, depuis longtemps soutenu par la profession, et tout aide est assuré au défendeur pour son triomphe.

Proposé par les Drs Lacerte et Beaudet, secondé par les Drs Marcoux et Paradis, que la réunion de janvier ait lieu à Thetford Mines. Adopté.

OMER E. DESJARDINS,

Secrétaire.

Precis de Pharmacologie

Art de formuler, matière médicale, indications thérapeutiques et posologie, par le Dr A. Chassevant, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Un vol. in-18 de 716 pages, avec 105 figures dans le texte, cartonné, 10 fr.

Pour pouvoir appliquer au malade la médication qui lui convient, c'est-à-dire faire œuvre de thérapeute, le médecin doit connaître avec précision et en détail les origines, les propriétés physiques, chimiques, organoleptiques, les actions physiologiques, dynamogéniques et toxiques des agents employés en médecine, pour choisir la forme pharmaceutique et la voie d'introduction appropriée à l'action thérapeutique qu'il veut obtenir.

Il lui faut donc connaître la posologie, la pharmacodynamie, la pharmacie, la matière médicale, c'est-à-dire savoir la "pharmacologie".

Réunir les multiples renseignements d'ordre divers qui permettent d'utiliser judicieusement les ressources de l'arsenal thérapeutique ; exposer avec clarté et précisions ces notions, en faire un choix suivant leur importance, tel est le but que doit remplir un précis de pharmacologie.

Par ses études, la nature de ses travaux, par ses connaissances techniques et scientifiques, l'auteur de ce précis était mieux préparé que quiconque pour réaliser ce programme et choisir les documents utiles qu'il importe de mettre en lumière, parce qu'indispensables à connaître pour tous.

L'élève qui apprend l'art de guérir, le praticien qui l'applique trouveront réunis dans cet ouvrage les renseignements qui le plus souvent sont épars dans les divers traités et publications ; ce qui leur évitera une perte de temps précieuse, des recherches fastidieuses et parfois stériles.

Ce précis est divisé en deux parties.

La première est consacrée à l'art de formuler. L'auteur décrit en détail la façon de rédiger correctement une ordonnance ; il insiste particulièrement sur les associations médicamenteuses, les incompatibilités, l'antagonisme, sur la posologie des principes actifs, les doses, l'accoutumance, l'intolérance, l'accumulation, sur l'absorption et l'élimination des médicaments.

Les formes pharmaceutiques des médicaments officinaux et magistraux, les voies d'introduction des médicaments, leur absorption, leur élimination font l'objet de chapitres spéciaux.

La seconde partie traite de la matière médicale et de la pharmacologie, elle est consacrée à l'étude particulière des principaux médicaments et comporte leur description, l'exposé de leurs propriétés chimiques, physiques, organoleptique ; de leur action physiologique, de leur posologie, de leurs principales indications thérapeutiques.

De nombreuses formules citées comme exemples peuvent servir de types pour la rédaction de formules magistrales, elles indiquent pour chaque médicament les formes pharmaceutiques les plus fréquemment utilisées.

Les divers médicaments sont étudiés en suivant la classification chimique ; les drogues végétales sont classées suivant la classification botanique ; les alcaloïdes sont étudiés en même temps que les drogues dont ils constituent les principes actifs.

De nombreuses figures illustrent les descriptions morphologiques des drogues végétales ; rompant avec la tradition, l'auteur a tenu à représenter la drogue telle qu'elle se trouve dans l'officine du pharmacien, telle qu'elle est débitée au client, de façon que le lecteur se familiarisant avec cet aspect puisse les reconnaître facilement.

Par sa clarté d'exposition, par le choix des nombreuses formules magistrales, par la diversité et l'importance des renseignements chimiques, pharmacodynamiques, pharmaceutiques ; par les notions sur les incompatibilités, la posologie, par les indications thérapeutiques qui s'y trouvent, ce livre est appelé à rendre les plus grands services aux praticiens : médecins et pharmaciens, qui ont besoin de se remémorer constamment les notions indispensables à connaître pour rédiger ou exécuter correctement les ordonnances magistrales.

L'Ionothérapie Electrique

Par Louis Delherm, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A. Laquerrière, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 97 pages, avec 11 figures (Actualités médicales). Cart. 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Ballière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

L'introduction d'un médicament à travers la peau grâce au courant électrique a, dans ces derniers temps, attiré l'attention du grand public médical.

Quoique connue depuis déjà fort longtemps, puisque les premiers travaux sur cette question remontent au XIII^e siècle, l'"ionothérapie électrique" n'était pas sortie des milieux spéciaux; elle n'a été vulgarisée que par les travaux, tout à fait récents.

Le petit livre de MM. Delherm et Laquerrière a pour but d'exposer aussi simplement que possible quels sont les phénomènes chimiques et physiques qui rendent compte de cette pénétration, de présenter la technique et les résultats des tentatives thérapeutiques effectuées actuellement, de discuter et d'interpréter ces résultats.

Les auteurs ont essayé de mettre le praticien au courant des données scientifiques extramédicales de la théorie des ions, et de lui donner l'état actuel des essais thérapeutiques.

L'ionothérapie électrique n'est pas une révélation si soudaine que certaines personnes peu au courant de la physique semblent le croire. Elle ne paraît pas non plus, quant à présent, devoir révolutionner l'électrothérapie; mais si la vogue dont elle jouit actuellement est capable d'attirer l'attention de certains médecins sur les bénéfices des traitements électriques en général, son étude aura encore puissamment servi. En tout cas, il était utile de profiter de l'occasion pour montrer, par un exemple limité, que l'électrothérapie n'est basée ni sur des vues de l'esprit, ni sur quelques constatations empiriques, mais, bien au contraire, réside sur des faits scientifiques indiscutables.

Le courant continu, si largement employé en médecine, présente toute une catégorie d'effets imputables à des actions chimiques électrolytiques, dont l'introduction médicamenteuse n'est qu'un minime chapitre.

A travers les Journaux

PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

OSSIFICATION DU COEUR

Topham (in British Medical Journal) rapporte les détails de l'autopsie d'un homme de 71 ans, qui de son vivant, avait des crises syncopales. Il trouva un cœur flasque, dilaté et pesant 564 grammes. Au palper, il sentit les masses dures occupant les sillons auriculo-ventriculaires. Ces masses n'étaient autres que des plaques osseuses aplaties. La plus grande mesurait 10 centimètres de longueur sur une largeur moyenne de 25 millimètres (1 x 2 pouces); elle était située en plein muscle cardiaque et dirigée parallèlement au sillon auriculo-ventriculaire droit.

Du côté gauche, occupant semblable situation, se trouvaient deux plaques osseuses mesurant 25 x 35 millimètres (1 x 1-3 pouces). L'aorte et les orifices des coronaires présentaient une apparence normale.

MYOCARDITE OSSIFIANTE — De ce même cas rapprochons cette pièce que nous avons au Musée de Pathologie de l'Université, et où nous trouvons en plein paroi ventriculaire gauche une plaque étendue d'ossification, plus grande qu'une pièce de cinquante centins (1-2 x 1-2 pouce). A son centre, la paroi est réduite à 3 ou 3 millimètres d'épaisseur: "on voit le jour par transparence".

Sur la surface de section du myocarde, à quelque distance, — une zone de dégénérescence, résultat probable d'un infarctus. Les valvules offrent les traces d'endocardites chroniques. — (E. ST JACQUES).

ARTERIO SCLÉROSE HATIVE

FILLETTE DE 13 ANS

Räch (in Jahrbuch f. Kinderheil Kunde 1907) rapporte ce cas d'une enfant de 13 ans, dont les antécédents personnels et héréditaires nuls. fut traitée pour la première fois à l'âge de 10 ans et demi, à la clinique infantile de l'Université de Vienne pour des phénomènes qui firent faire dès cette époque le diagnostic de nephrite interstielle;

2. bruit aortique claqué et forte hypertension artérielle. A 13 ans elle entre à l'hôpital avec de la dyspnée, de la céphalgie et des épitaxis. Le cœur était dans le même état. Toutes les artères palpables étaient rigides, et les carotides en particulier, offraient une dureté remarquable.

Au bout de 15 jours elle eut une hémiplegie droite et succomba.

A l'autopsie on constate une hémorragie capsulaire, une hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et de l'artérite chronique particulièrement notable au niveau de l'aorte, des carotides et des femorales. Il y avait de l'œdème pulmonaire et une double sclérose rénale.

L'artério-sclérose du jeune âge est chose fort rare, surtout sans cause apparemment saisissable comme chez la petite malade en question.

Le cas le plus hâtif que nous ayons observé, était dans le service du Prof. Guérin, et il s'agissait d'un jeune homme au début de la trentaine, porteur d'artères en sclérose fort évidente et manifestement en état de brightisme. Malheureusement il quitta l'hôpital, voyant que "la guérison ne venait pas si tôt qu'il le désirait!"

Anevrymus "Multiples" chez un Artero-Sclereux

Rumfel présentait dernièrement à la Société de Médecine de Berlin, les pièces provenant de l'autopsie d'un homme de 62 ans qui fut pris brusquement dans le courant de l'automne 1906 d'une douleur fulgurante extrêmement violente dans la jambe droite. Jusque là il avait toujours été bien portant et il se défendait d'avoir jamais eu la syphilis : il avait d'ailleurs cinq enfants en bonne santé et déclarait n'en avoir perdu aucun. La douleur ressentie dans la jambe s'atténua peu à peu et le malade put reprendre son travail, mais il y a un mois environ, elle se manifesta de nouveau avec une intensité croissante, en même temps qu'appa-

raissaient des fourmillements et une teinte cyanotique des orteils du côté droit.

Au moment de l'admission du malade à l'hôpital, les orteils étaient en voie de gangrène. L'examen révéla du reste une artério-sclérose très accusée avec hypertrophie de cœur. Ce qui frappait surtout, c'était l'état des artères des membres inférieurs. A droite — côté de la gangrène — on ne sentait plus le pouls sur toute la longueur du membre, pas plus au niveau de la fémorale qu'à celui de la pédiuse ; les troncs artériels, nettement palpables, volumineux, durs, donnaient la sensation de cordons rigides. A gauche, sur le trajet de la fémorale, il existait plusieurs anévrysmes de la grosseur d'un œuf de poule, animés de pulsations très actives et très fortes ; le plus élevé siégeait au-dessous de l'arcade crurale, le plus bas sur l'artère tibiale.

Le malade succomba subitement à une violente hémipysie.

L'autopsie révéla les lésions suivantes : Cœur fortement hypertrophié, avec valvules intactes. Aorte considérablement dilatée et athéromateuse ; au niveau de la crosse, sur la branche descendante existe un anévrysme sacciforme, du volume d'une pomme, qui s'est rompu dans le lobe supérieur du poumon droit ; la plèvre droite était remplie de sang rouge liquide.

Le long de l'art. fémorale gauche, on aperçoit les quatre anévrysmes reconnus pendant la vie, un fusiforme et trois sacciformes. L'art. fémorale droite droite est transformée en une sorte de cylindre rigide présentant, ça et là quelques légers renflements fusiformes ; sa lumière est complètement oblitérée tant par épaissement de ses parois que par thrombose ; il en est de même de l'artère poplitée et des branches artérielles périphériques.

Les autres organes étaient intacts et nulle part trace de gommages.

Ainsi donc simultanément chez cet artério-sclereux, l'on constatait des anévrysmes multiples, — l'oblitération artérielle et la gangrène des membres.

E. ST JACQUES,