

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:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES.

(Suite).

Par le Dr Eugène ST-JACQUES, M. D.

II

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Malgré les meilleurs soins constitutionnels, malgré l'immobilisation jointe, suivant le cas, aux injections médicamenteuses ou altérantes, à la compression et au thermo-cautère, tel que je le disais précédemment (1), trop souvent, hélas ! voyons-nous le processus pathologique empirer et montrer l'inefficacité de ce traitement conservateur : il faut songer à une intervention plus active.

Est-il besoin de redire que chaque cas porte en soi ses indications. Ainsi, le malade à traiter est-il de mauvais état constitutionnel, les lésions sont-elles multiples, son état le réduit-il à chercher refuge en nos salles d'hôpitaux où le milieu est toujours plus ou moins vicié, où la nourriture ne saurait être faite pour chaque individu, il est de toute évidence que chez celui-ci l'intervention devra être plus hâtive que chez cet autre qui n'a pas de tare héréditaire à son actif, dont la santé générale est bonne, qui peut se donner tous les soins hygiéniques si importants ici : bonne nourriture, distraction, grand air, air salin surtout.

L'âge du malade aussi fera varier l'intervention, et pour n'en dire qu'un mot en passant, autant nous serons modestes, très avares même de résection osseuse chez l'enfant, autant chez l'homme fait y serons-nous plus enclins.

(1) Voir *Union Médicale*, septembre 1899.

Au nombre des méthodes conservatrices déjà dites, nous tiendrions à ajouter

La Méthode de Bier

déjà en usage en Allemagne depuis quelques années. (1) Elle consiste dans une "hyperémie" produite autour du foyer tuberculeux par une compression méthodique. En voici par exemple l'application pour le genou, qui, avec la cheville et le coude, semble l'articulation où ce procédé a donné ses meilleurs résultats. Un bandage de flanelle est appliqué des orteilles jusqu'au plateau tibial. Au-dessus du genou, quelques tours de gaze pour protéger la peau et par-dessus on applique la "bande d'Esmarch". Il sera bon de varier l'endroit où le caoutchouc sera enroulé et de le mettre à des hauteurs alternantes afin que la compression ne produise pas de mauvais effets sur les tissus sous-jacents. Bientôt il se produit un gonflement de l'articulation : ayons soin de ne pas le laisser trop s'accroître et à cet effet il faudra varier le degré de compression. Le but cherché est une "congestion veineuse" locale : rien de plus.

Après expérience personnelle dans son service, Schede a trouvé que parmi les premiers effets de ce traitement il fallait noter la disparition des douleurs chez un très grand nombre de cas ; qu'en plus et surtout il était un adjuvant important aux autres méthodes conservatrices, surtout aux injections iodoformées.

Gerulanos, (2) dans une étude sur le traitement des cas de tuberculose osseuse traités de 1890 à 1895 à l'hôpital de Sainte-Hedwige de Berlin, note les mêmes bons résultats et dit de même que dans $\frac{3}{4}$ des cas auxquels la congestion veineuse fut appliquée, la douleur disparut.

Il nous reste à mentionner comme toute dernière nouveauté un traitement proposé par Buchner. On sait l'emploi de l'alcool en applications locales, vanté par Salzwedel, contre les lymphangites, furoncles, etc. Buchner eut l'idée d'employer la même méthode, au cours des arthrites tuberculeuses, pour obtenir une

Hyperémie Artérielle.

C'est le résultat obtenu par Augerer qui a été communiqué au congrès des chirurgiens allemands (3). On employa des compresses

(1) Bier.—Uberein neues verfahren der conserv. Behaud. von Gelenkliber. Centralbl. f. chir. 1892—No. 32.

(2) Gerulanos.—Tuber der Gelenk.—Cent. f. chir. 1896—No 52.

(3) Buchner.—Congrès des naturalistes allemands. Munich, sept. 1899.

imbibées d'alcool à 96 0/0. Voici en deux lignes le résumé de ces résultats auprès de 10 cas de tuberculose articulaire variée : 2 complètement guéris, et tous les autres améliorés. Il serait prématuré de porter aucune appréciation : il faut attendre de plus amples expériences.

De même que le traitement conservateur met à notre disposition de multiples moyens, aussi les interventions opératoires sont-elles variées. Arthrotomie pour lavage de l'articulation, ou accompagnée de curetage et cautérisation,—arthrectomie synoviale et résection franche—voilà ce que la chirurgie nous propose ici.

Lavage Articulaire.

L'hydarthrose, dite "essentielle" par quelques-uns. mais que l'expérience a montré à Kœnig (1) dans la majorité des cas être de nature tuberculeuse, est très avantageusement traitée par le lavage de l'articulation.

Voici la méthode de Schede, que je vois employer en sa clinique de Bonn. L'articulation ayant été ponctionnée au gros trocart et la sérosité évacuée, il est fait un grand lavage à la solution salicylique au millième, suivi d'une forte quantité de solution de Van Swieten, à son tour évacuée, et le tout terminé par un bon lavage salicyliqué. Durant ce lavage Schede fait faire des mouvements de l'articulation afin de permettre au liquide de circuler partout. Il a soin de ne pas mettre trop de pression intra-articulaire afin de ne pas faire rompre la capsule.

Mais ce n'est là que le premier temps, car Schede insiste sur une compression consécutive énergique. Une attelle postérieure reçoit la jambe et, immobilisant mieux le genou, permet aussi une meilleure compression. Le bandage part des orteilles, la compression étant augmentée au genou par des éponges humides interposées dans les tours de bandes. Dans les cas plus graves on emploie la bande élastique.

Schede n'a pas toujours employé l'acide salicylique et le mercure en lavage articulaire. L'acide carbolique, longtemps, lui donna d'excellents résultats (2). Bien entendu la solution phéniquée est évacuée par un dernier lavage. Cette méthode enregistra de nombreux succès en tous pays et succéda aux injections iodées de Velpeau.

(1) Kœnig.—Die Specielle Tuber. der Knocken u Gelenk.

(2) Schede.—Archiv. f. Klin. chir.—XVII.

Le lavage à la Schede—die Ausspülung des Gelenks—suivi de compression est le traitement de choix dans ces "hydropisies articulaires tuberculeuses". (Kœnig.)

Cependant, n'en attendons pas d'aussi bons résultats chez les personnes âgées que chez les enfants. Kœnig, dont on sait la grande expérience en affections tuberculeuses, attire encore notre attention sur ce fait dans une récente réunion de la Société de Chirurgie de Berlin (2) et nous met en garde contre un lavage incomplet de l'articulation. En effet, la fibrine qui se trouve dans ces articulations malades se dépose de préférence en trois points : à la face postérieure de la rotule où elle touche les condyles fémoraux, au pourtour des cartilages du fémur, et des ménisques du tibia. S'organisant avec la facilité que l'on sait, ces dépôts fibrineux cloisonnent l'articulation en trois compartiments : de là, ces lavages incomplets qui ne nettoient qu'une cavité, respectant les autres, où le processus pathologique continue à se développer.

Je tiens à rappeler ici le traitement général employé par Landerer, de Stuttgart, et consistant dans l'injection intra-veineuse d'une solution d'Hétol. Ce produit est un cinnamate de soude (Zimmtsäures natrium). Les propriétés particulières de l'Hétol de Cinnamon sont connues et l'on sait le cas qu'en font certains spécialistes. Le professeur Landerer a vu de bons et effectifs résultats couronner ses tentatives. Schede, d'après les indications du professeur Stuttgart fit des essais, dont le Dr Nichues, un de ses assistants, publiera sous peu les résultats détaillés. Schede en a également trouvé de bons effets et en poursuit l'essai.

L'

Arthrectomie Synoviale

a souvent ses indications. Elle consiste dans l'enlèvement de la synoviale au moyen du bistouri et du ciseau. Toute la nappe granuleuse, longueuse sera enlevée, la curette prêtant son aide à cette abrasion. J'ai dit dans un précédent article la fréquence de la tuberculose séreuse chez les enfants. Cela reste vrai, mais si nous cherchons la fréquence relative de la tuberculose articulaire, à début osseux ou synovial, voici ce que nous fournissent les cliniques allemandes. Remarquons toutefois que les données qui suivent sont le résultat d'observations faites tant chez les adultes que les enfants. Kœnig et Muller nous disent que la forme synoviale est rare à la hanche, tandis que, au genou et au coude, on la trouve plus fréquemment.

(2) Kœnig.—*Contralib, f. chir.*, 7 oct., 1899

ment. Consultons les rapports de l'Université de Gœthingen, où Muller examine et intervient dans 232 cas. La cœxite tuberculeuse à début osseux y a été constaté chez 94 0/0 des malades ; au genou 68 0/0.

Krause, professeur à Altona, donne des conclusions sensiblement les mêmes, d'après 319 cas traités dans sa clinique. A la hanche, l'affection débute en tissu osseux dans 83 0/0 des arthrites tuberculeuses ; au genou 68 0/0.

Cette "synovectomie", si je puis nommer ainsi cette intervention limitée à la séreuse, a certes souvent d'excellents résultats. Ainsi Kœnig fait 23 arthrotomies dans huit desquelles il n'enlève que la synoviale : et toutes, sauf une, guérissent sans fistule. Augerer intervient 28 fois chez des enfants au-dessous de 14 ans, et chez 17 il note une simple synovite. Il se contente d'enlever la séreuse articulaire ; en moins de huit semaines ses opérés sont guéris.

Si l'on trouve des fongosités attaquant le cartilage et même le tissu osseux, on s'en prendra à ces tissus morbides et le thermo-cautère y portera sa torréfaction bienfaisante. Je dis bienfaisante, et avec intention. Qu'on relise ce que j'ai écrit dans les premières notes (1) sur le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. J'ai insisté sur le processus sclérogène que détermine en tissus tuberculeux la pointe du thermo. L'école de Lyon, par ses travaux, a fait entrer en thérapeutique chirurgicale ce mode de traitement. Kirmisson l'emploie depuis longtemps et les bons effets que j'ai notés de son application, durant les quelques mois où j'ai suivi le service du maître français, m'en ont fait partisan décidé.

Notons cependant que le thermo-cautère n'est pas d'usage dans le service du professeur de Bonn, pour ostéite tuberculeuse. Schede passe du traitement de Bier, du lavage articulaire, et des injections de glycérine iodoformée à la curette et au bistouri.

Krause de même, bien qu'il note une réaction salutaire autour des points d'ignipuncture, ne croit pas devoir recommander ce procédé.

Résections.

Mais pourquoi tant d'insistance à ne pas attaquer franchement les extrémités osseuses ? En effet, et il s'agit de se rappeler la proximité étroite du cartilage de conjugaison avec la synoviale articulaire pour comprendre le danger de compromettre la poussée du membre par la destruction de ce cartilage. Il est évident que passé la ving-

(1) Voir *Union Médicale*, sept. 1899.

taine et chez l'homme fa ce danger n'est plus. Aussi y a-t-il lieu de distinguer et je résume l'enseignement de même que la pratique de chirurgie de l'hôpital Trousseau, d'accord d'ailleurs avec l'école allemande, en disant : Chez les enfants et avant 15 ans, ayons le plus grand respect des extrémités osseuses articulaires, soyons sobres le plus possible de résection osseuse. Et c'est l'expérience qui a dicté cette conclusion. Que de fois à sa consultation de Trousseau et de l'Hôtel-Dieu, Kirmisson ne nous a-t-il pas fait remarquer les tristes résultats éloignés de jeunes réséqués : non seulement le raccourcissement du membre, mais sa fausse ankylose consécutive, due au travail musculaire, et bien plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

À cette même réunion de la Société de Chirurgie de Berlin, mentionnée plus haut, Kœnig insiste sur la nécessité de ne faire les résections typiques que le plus tard possible, et de s'en montrer très économique durant la période de croissance. Von Bergmann, qui prend part à la discussion, dit que " c'est avec raison que l'on établit une différence entre enfants et adultes. La résection chez l'enfant doit faire craindre la contracture consécutive et l'arrêt de croissance du membre." Pourtant on ne fut pas toujours aussi conservateur en Allemagne et si les premiers, Kœnig et Muller commencèrent à réagir contre les résections trop hâtives, on doit dire que déjà en France Lannelongue et Ollier s'en étaient faits les ardents oppositionnistes.

Le fait que l'on doit retarder le plus possible la résection ne veut pas dire que l'opération soit un pis aller. Au contraire, chez les adultes elle vaudra mieux qu'une demi intervention synoviale. Non n'avons pas ici comme chez les enfants à craindre de suites fâcheuses. Aussi, après une immobilisation prolongée, les injections médicamenteuses et le thermo, si l'article, loin de s'améliorer, suppure et franchement, surtout si l'arthrite s'est fistulisée, et de simple tuberculeuse est devenue mixte, comme c'est généralement la règle après quelque temps, alors, sans attendre que le malade soit épuisé, que ses organes aient fait de la dégénérescence graisseuse ou qu'il se soit fait des foyers secondaires, intervenons activement et faisons une franche résection.

Apportons une grande attention au traitement consécutif. Maintenons un plâtre jusqu'à solidification complète, et si c'est au membre inférieur, surtout soyons très prudents et surveillons de près pour corriger immédiatement sur le moindre signe de contracture et fausse

ankylose. Après un certain temps, le plâtré permanent pourra être remplacé par un plâtré porté de jour et enlevé la nuit.

Après ces notes générales, revenons à chacune des principales articulations et étudions en quelques particularités.

A tout seigneur tout honneur, et commençons par le membre supérieur. Autant nous devons viser comme résultat ultime au membre inférieur la solidité par une bonne ankylose, autant devons-nous au bras désirer le mouvement consécutif. On sacrifiera plutôt un peu de la longueur pour obtenir de la mobilité ; et cela, la résection nous le donnera. Tandis que, abandonnée à l'évolution du processus tuberculeux,

L'épaule

adulte s'ankylosera. Laissons parler Farabeuf, qui nous dira la pratique de l'école française moderne.

"Chez les sujets jeunes, il faut être très parcimonieux des résections de l'épaule en raison des troubles d'accroissement qu'entraîne l'ablation du cartilage épiphysaire ; et même chez les enfants sous cinq ans il faut y renoncer presque complètement, d'abord parce que le raccourcissement ultérieur serait trop considérable, ensuite parce qu'à cet âge les ostéo-arthrites tuberculeuses guérissent parfois en laissant des mouvements étendus. Au contraire, chez les adultes, elles ne guérissent qu'à prix d'ankylose complète ; si bien que la guérison obtenue par les procédés dits conservateurs est en réalité très inférieure à celle que donne une bonne résection. Aussi faut-il préséquer dès que l'articulation est nettement envahie, sans attendre ni les fistules ni l'atrophie musculaire." (1)

Un coup d'œil à la photographie qui suit (Fig. I), nous montrera la proximité du cartilage épiphysaire et nous fera bien saisir le danger de le léser au cours d'intervention.

Il est évident que les mouvements ultérieurs de rotation ne seront pas parfaits à la suite d'une résection ; mais ceux d'adduction et d'abduction, de rétropulsion et propulsion seront à peu près totalement conservés, et ce sont les plus importants.

Voici ce qu'en dit Lossen, professeur à Heidelberg : "De toutes les tuberculoses articulaires, celle de l'épaule est la plus rare. La résection raccourcit beaucoup la durée de la maladie, et fera de plus une neo-articulation d'autant plus mobile que les muscles auront moins longtemps souffert de leur inactivité." (2)

(1) Farabeuf.—Des résections.

(2) Lossen.—(Die Resect. der Knochen u Gelenk, 1894).



FIG. I.—Epaule d'un enfant de quatre ans.—On y voit une fracture de la clavicle.—Dans le creux axillaire, la tache d'un bouton. (1)

(1) Je dois à l'obligeance du Dr Bade, assistant du professeur Schede, cette photographie prise aux rayons Röntgen, de même que celles qui suivent. J'ai

Du Coude

que dire?—Que c'est une articulation serrée et partant se prêtant mal au drainage. Chez les enfants jusqu'à six ans, pas de résection si possible, tout au moins sans avoir tenté autre chose. C'est chez eux que l'arthrotomie avec curetage de la synoviale et des fongosités est toute indiquée. Les cartilages diartrodaux ont une puissance de renovation marquée et une telle intervention ne condamne pas nécessairement à l'ankylose. Croyons-en l'expérience de Ollier.

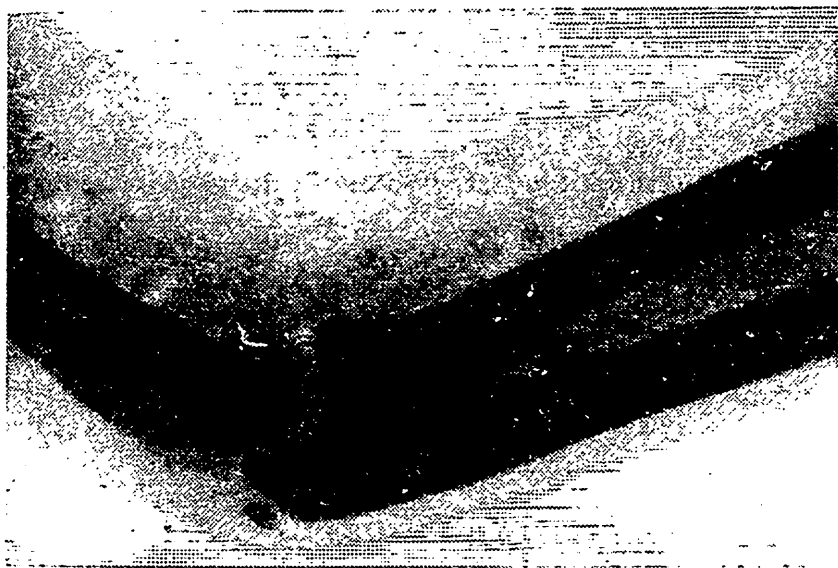


FIG. II.—Enfant de onze ans.—On y voit la tache de l'olécrane qui se dessine à peine et dont on distingue bien le cartilage.

Mais après six ans, penchons pour la résection. Lossen (2) nous met en garde ici en nous faisant remarquer la fréquence des foyers tuberculeux multiples au coude. Il est même d'opinion qu'il faut généralement ici des interventions larges.

Comme résultat ultime, nous pouvons avoir soit une ankylose absolue, soit une articulation tout à fait ballante, si la résection a été trop considérable. Cherchons le juste milieu : à tout prix évitons cette trop lâche articulation qui fait alors du bras un membre plus embar-

plaisir à reconnaître son amabilité à mettre à ma disposition les collections si complètes qu'il a faites pour la clinique

Encore davantage dois-je mentionner le Dr Kiderlen, aussi assistant de Schede, et dire toute l'amitié qu'il a mise pour me permettre de me rendre compte des détails du service et sa complaisance à me donner tous les renseignements désirés.

(2) Lossen.—Loc. cit.

rassant qu'utile. Schede insiste beaucoup sur l'importance de ménager les supports latéraux de l'articulation, ligaments et épicondyle et épitrochlée, si possible.

Quant au

Poignet

chez l'enfant, soyons encore ici le plus possible conservateurs. S'il faut une résection, ménageons tous les tendons et nerfs, et tout autant suivons de très près nos réséqués après l'opération. Veillons à ce que les extenseurs ne faiblissent pas au point de laisser la main balante, comme chez les saturnins ou les paralysés du radial.

Quels soins, quelle thérapeutique suivie demande le membre inférieur ! Au contraire du bras, c'est ici la solidité et la conservation de la longueur normale qu'il faut chercher : je l'ai déjà dit. Aussi le moins de résections possibles, soyons avarés du moindre centimètre osseux.

La Hanche,

on le conçoit facilement, à cause de sa profondeur se prête mal ou à peu près pas à l'ignipuncture. On sait combien souvent le processus osseux est localisé dans l'os iliaque. L'immobilisation, les fonctions évacuatrices suivies d'injections modificatrices devront avoir été appelées à donner leur maximum d'effet. Retardons le plus possible la résection, car on sait ici la difficulté d'ankylose consécutive, tandis que si nous obtenons par les moyens ci-dessus l'arrêt du processus tuberculeux, nous nous trouverons généralement en face d'une articulation ankylosée. Ayant déjà parlé des effets de cette ankylose comme résultat du traitement conservateur, je n'y insiste pas davantage.

Un réséqué de la hanche est un peu dans la position d'un porteur de luxation de la hanche, je dirai même pire. Car non seulement l'extrémité supérieure du fémur n'a plus de point d'appui osseux, mais en plus les ligaments et points d'attache trochantériens sont plus ou moins délabrés, et au raccourcissement par élèvement du fémur se joint celui apporté par la perte de tissu osseux réséqué. On comprend que chez celui-ci la claudication soit plus marquée. Une hanche non solide ne saurait supporter la fatigue autant qu'un fémur fixe. " Le défaut de solidité est ce qu'il y a le plus à redouter. Les malades marchent, on sait comment ; ils se fatiguent vite et ce n'est pas sans risque de récidence. L'excès de mobilité et par conséquent le défaut de solidité, voilà le danger." (Farabeuf).



FIG. III.—Main.—Enfant de quatorze ans.

Aussi est-ce avec raison que Ollier a pu dire : " Depuis que je vois grandir et vieillir mes opérés, je n'hésite pas à reconnaître que les malades qui ont le fémur soudé au bassin après résection et qui ont besoin de gagner leur vie *par un travail pénible*, ont un membre plus utile que ceux dont la hanche a recouvré ses mouvements."

Puis à ce danger d'avoir un fémur non assez fixe, se joint l'adduction progressive de la cuisse qui ne tarde pas à gêner considérablement la marche, si on n'y remédie : ce qui n'est pas toujours facile. Donc, chez l'adulte, évitons si possible la résection.

Et chez l'enfant ? Quand on sait combien souvent chez les petits, la tuberculose coxale guérit sous le traitement conservateur, on est moins tenté d'attaquer tôt l'articulation par le bistouri et la scie. Sans compter que nous avons ici deux cartilages épiphysaires à ménager : celui de la tête fémorale et celui du fémur supérieur. Donnons un coup d'œil à cette tête fémorale et voyons quels rapports étroits a le cartilage avec la cavité.

N'oublions pas que de trois ans à la fin de la croissance, le cartilage épiphysaire supérieur du fémur fournit un allongement de sept à huit centimètres, soit trois pouces. La résection assure donc un raccourcissement énorme et certain. Chez trois opérés de Holmes (1), suivis jusqu'après période de croissance, il a été constaté 2, 3 et 3½ pouces de raccourcissement. Ollier revoit trois ans et demi après opération un de ses anciens malades : il porte un fémur deux pouces plus court que son congénère du côté opposé. Voilà qui suffit plus qu'amplement pour nous convaincre de l'utilité de garder la tête fémorale intacte.

Mais l'arthrite s'est-elle fistulisée et l'infection, devenue mixte, amène-t-elle cette hecticité redoutable—la fièvre, voilà l'ennemi dans la coxalgie fistuleuse, a dit Calot—il faudra intervenir activement. Nous devons faire sauter la tête fémorale, en tout ou en partie, suivant son état, pour faire un curetage complet et assurer un drainage parfait. Mais parfois il pourra suffire de luxer la tête en dehors de sa capsule incisée pour faire le curetage.

Ménageons, si nous le pouvons, le col fémoral, " car quand le col lui-même est sacrifié, le remboîtement n'est plus possible, l'extrémité fémorale ne peut que s'appliquer au contour cotyloïdien " (Fara-beuf), et c'est un fémur non fixé qui en sera le résultat.

Schede est extrêmement parcimonieux de tissu osseux chez le fémur de l'enfant et lorsque besoin il y a fait généralement une

(1) Holmes.—*Medical Times & Gazette*, 1887, p. 483.

“résection atypique.” Il curette la tête fémorale et la décortique de son cartilage au besoin. Si elle offre des foyers tuberculeux, il les enlève à la curette, mais s'efforce de garder la forme arrondie, insistant par là sur l'importance de conserver ce point d'appui. Bien entendu, enlèvement de toutes fongosités synoviales.

Genou.

Chez les enfants, plus que jamais soyons conservateurs.



FIG. IV.—Genou.—Enfant de onze ans.—Les deux taches sur le fémur sont l'ombre de plombs que l'enfant avait reçus par accident à la chasse.

Ces cartilages épiphysaires si voisins de l'articulation veulent dire *noti me tangere*. N'oublions pas que le cartilage fémoral inférieur est le plus actif du squelette. Jugeons un peu : “Alors que le fémur dans son ensemble, nous dit Gray, augmente durant les 30 premières années de la vie de un peu plus de trois fois sa longueur

à la naissance,—la croissance qui se fait au cartilage de conjugaison inférieur est de plus de sept fois,—sans contredit la plus forte de l'économie.

Donc raccourcissement énorme en vue et, ajoute Reclus, "en perspective, la crainte de voir le processus tuberculeux se réveiller et surtout cette flexion progressive de l'articulation réséquée."

Mais au genou, il est un moyen terme chez l'enfant. Il nous permet un véritable nettoyage et sauve les cartilages : c'est la résection "intra-épiphysaire." Evidemment on la peut tenter aux autres articulations, mais aucune ne se prêtera comme le genou à cette intervention. Reclus va nous dire sa technique.

"Le genou étant ouvert, fortement fléchi après section des ligaments croisés, nous scions les surfaces osseuses, en ayant soin de n'enlever sur la saillie condyléenne du fémur et le plateau tibial que juste la quantité voulue pour mettre à nu l'épiphyse. Puis avec la curette nous évidons l'épiphyse jusqu'au cartilage conjugal : elle est ainsi creusée en cupule. Si ce cartilage est malade, il est loisible de pénétrer à travers pour aller curetter le bulbe. L'abrasion du cul-de-sac sous-tricipital, le grattage du ligament postérieur complètent cette toilette ; d'un coup rapide de chalumeau nous flambons les surfaces osseuses, mettons un drain dans la tabatière formée par l'évidement des épiphyses, suturons les tranches osseuses au catgut et fixons dans un plâtre."

Schede suit la même technique, sauf qu'il n'emploie pas le thermo, et en place de drains, fait deux boutonnières latérales.

A l'adulte, dont les cartilages épiphysaires ont depuis longtemps fini leur poussée, nous serons moins difficiles à refuser une résection du genou. Ne le laissons pas s'épuiser dans une suppuration interminable. Si après un temps raisonnable, le traitement conservateur n'a rien donné, allons y résolument de la curette et du thermo. Et plus, si ceux-ci ont été mis à réquisition déjà sans succès, n'attendons plus et faisons une résection typique : dans quelques semaines nous aurons un membre solide dont le plâtre poursuivra la solidification durant les premières semaines de la marche.

Von Bergmann, Kœnig, Lassen, font volontiers, et peut-être de préférence chez les gens âgés, l'amputation. Schede ne la fait que chez les très mauvais cas.

Au pied

le thermo fera souvent des merveilles, surtout chez les enfants et souvent nous verrons un pied garder presque ses mouvements nor-

maux. Pas plus ici qu'ailleurs Schede n'emploie le thermocautère.

S'il faut opérer, on le fera ici moins à contre-cœur ; car l'épiphyse inférieure du tibia est peu fertile. Et d'ailleurs c'est généralement à l'astragale que nous avons à nous en prendre. Cet os, tant qu'il est en place, s'oppose au nettoyage complet de la synoviale qui touche à la fois aux deux os de la jambe et à celle du calcanéum et du scaphoïde. On sait combien serrée est cette multiple articulation.

Par l'enlèvement de l'astragale le champ est clair pour curetter à merveille. Sachons que le pied supporte parfaitement la perte de l'astragale. Il se fait, je dirai, un tassement vertical, par abaissement de la mortaise tibio-péronière sur le calcanéum qu'elle emboîte.

La forme du pied et sa valeur fonctionnelle peuvent se conserver à peu près parfaites. Mais il est une condition : des soins consécutifs suivis et bien entendus pour éviter les déviations qui ont forte tendance à se produire pendant longtemps. Le chirurgien avec un peu de persévérance saura conduire son malade à travers les étapes difficiles des premiers mois, jusqu'à ce qu'il le laisse avec une néo-articulation commandant à la fois facilement et solidement un pied redevenu sain et utile.

Chez les gens âgés peut-être est-il mieux parfois de faire un Pirogoff ou un ostéo-plastique à la Wladimiroff-Mickuliez : le cas portera son indication propre.

Voilà en quelques lignes le résumé des observations que j'ai pu faire en ces différents services orthopédiques de New-York, Paris et Bonn. Les maîtres qui les dirigent donnent la note de nos connaissances actuelles ; comment faire mieux que de mettre à profit leur expérience.

Bonn, sur.Rhin.

NOMINATION A L'HÔTEL-DIEU.

M. le Dr L. J. V. Cléroux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine Laval à Montréal, vient d'être nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, et a commencé son service dans une des salles de l'hôpital.

DES SOINS À DONNER À LA FEMME AVANT, PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Par Elphège A. René de COTRET, M. D., médecin de la Maternité,
Professeur adjoint d'Obstétrique.

(Suite).

Assistants.—On doit laisser peu de personnes auprès de la parturiente. C'est au médecin à juger de celles qui sont antipathiques à la malade et à les éloigner, car celle-ci ne peut le faire aisément sans froisser beaucoup de susceptibilités. Le médecin, avec tact et politesse, les avertira de se retirer, que leur présence fatigue la malade ou nuit au travail. Pour le faire sans choquer trop les obligations et les bons services de ces personnes souvent bien intentionnées, il mettra ce désir de la parturiente sur le compte de caprice ou de volonté bizarre, faits de la grossesse. Quelquefois c'est la belle-mère qui n'est pas vue d'un bon œil, d'autre fois c'est même le mari. Je connais l'épouse d'un médecin qui ne veut pas d'autre que son mari comme accoucheur et qui cependant le repousse, lui dit toutes sortes de paroles dures et le chasse de sa présence, jusqu'à ce qu'enfin, les douleurs concassantes arrivant, elle oublie son animosité et se laisse délivrer par son *maître, seigneur et accoucheur*.

La position du médecin est parfois très délicate. Heureusement que je n'ai pas encore observé le fait ; mais on me dit qu'il existe des maris assez jaloux pour suivre le médecin pas à pas, surveiller ses mouvements,—et pas toujours d'un bon œil,—et lui causer souvent de la misère d'abord en paroles, puis en faits et gestes. Ce cas m'ennuierait moins que toutes ces vieilles scies de grand'mères si savantes, qui ont vu naître tous les enfants depuis Abraham.

Lit.—Sur quel lit doit accoucher la femme ? La réponse est différente suivant les peuples, les mœurs, les habitudes, les villes, les campagnes ; elle varie même suivant les médecins d'un même endroit. Les italiennes s'assoieront sur deux chaises. Il m'est arrivé maintes fois d'éprouver les avantages de cette méthode non seulement chez des femmes venues d'outre mer, mais chez nos bonnes

canadiennes quand l'accouchement traînait en longueur et que les douleurs expulsives étaient trop faibles.

Le fait d'accoucher sur les genoux du mari n'est pas exclusif aux tribus des Finnois et des Mongols. La chose est assez fréquente au Canada.

En général, chez les peuples civilisés, on se sert de lits ordinaires ou de lit de misère. Mais il est préférable d'accoucher la femme dans son lit même ou de lui en façonner un autre, c'est-à-dire un lit de misère. Beaucoup dépend de l'aisance dans laquelle vivent les parturientes et des difficultés de l'accouchement ; l'emboupoint de la patiente est encore à considérer, surtout quand l'accoucheur et les aides ne sont pas des Hercule.

Un jour j'étais appelé auprès d'une malade qui pesait dans les 250 livres. Elle voulut, malgré moi, enfanter sur une paille placée sur le parquet de la chambre contiguë à la sienne. Son mari n'était ni plus gros ni plus fort que moi, et, comme vous pensez bien, nous n'essayâmes pas nos forces sur cette masse. J'avais affaire à une femme du peuple énergique ; c'était une blanchisseuse. Elle nous prit en pitié, son mari et moi, et nous montra comment elle était façonnée : de courage et de nerfs.

J'ai l'habitude de consulter mes malades sur leurs désirs ; car beaucoup préfèrent se mettre de suite dans leur lit, tandis que d'autres veulent le conserver moelleux et propre pour y reposer plus à l'aise quand elles sont délivrées.

Les deux lits ont leurs avantages et leurs inconvénients. Quand le lit ordinaire est fait de duvet ou de plume, qu'il est bien renflé et qu'on y disparaît, pour ainsi dire, comme dans un bain, il est inutile de songer à y mettre la femme avant la délivrance. En effet, le siège de la parturiente s'enfonce dans la plume et il est impossible de soutenir le périuée qu'on ne peut atteindre. On s'expose à souiller beaucoup plus le lit. Quand la femme veut à tout prix accoucher dans son lit d'édredon, on peut changer un peu la manière de le faire : mettre, par exemple, le matelas par-dessus le lit de plume, ou glisser sous le dos ou le siège de la femme une planche large. Il serait même plus facile dans ce cas de placer la femme en travers du lit, et de lui mettre le siège sur le bord du lit et les pieds sur des chaises.

Quand il n'y a qu'un matelas ou un matelas et un lit de plume mince je préfère accoucher la femme sur ce lit, parce que je n'aurai pas à transporter la malade, qui peut de suite se reposer après la délivrance. Si l'accouchement est naturel je fais placer la femme sur le long du lit que j'ai préparé comme suit. Il est bien entendu

que tout doit être d'une propreté minutieuse. Par-dessus un drap bien blanc et bien net, je mets une grande toile cirée imperméable, ou un caoutchouc retenu au drap par quatre épingles de sûreté. Sur cette toile j'étends un grand *piqué* que j'attache aux quatre coins. Je place une autre toile cirée recouverte d'un piqué par-dessus les premiers, le tout retenu par d'autres épingles ; et voilà le lit préparé.

Si je dois appliquer le forceps, faire une version ou une opération obstétricale quelconque, je fais le lit un peu différemment. La première toile cirée et le premier piqué sont placés comme ci-haut décrit. La seconde toile et le second piqué au lieu d'être mis parallèlement à la longueur de la couchette sont placés transversalement, et débordent par un des bouts qui va plonger dans un baquet. Dès que la parturiente est délivrée et bien lavée j'enlève, dans les deux cas, le deuxième imperméable et son piqué et elle repose ainsi sur un lit propre. Il est très facile de faire cette petite manœuvre sans fatiguer et sans déplacer la femme.

Le lit de misère peut être fait de différentes manières. On se sert généralement d'un sofa ou canapé qu'on recouvre d'un imperméable et d'un piqué. Un lit de sangle ou de camp peut remplacer le sofa. Et combien de fois à la campagne et même à la ville, chez des personnes qui ont émigré de la campagne, ne m'est-il pas arrivé de me servir de deux chaises dont l'une renversée appuyait son dossier sur le siège de l'autre. On y place une paillasse de paille ou un matelas avec l'imperméable et le piqué. C'est un lit simple et facile à fabriquer. Souvent, vous verrez la femme retourner une chaise à dos long dont elle appuie les pieds contre la muraille, y mettre un matelas et s'y étendre, prenant ainsi une position à demi horizontale. La parturiente est très à son aise pour le travail, mais les aides et le médecin, l'accouchement terminé, n'ont peut-être pas le dos et les jambes aussi bien reposés.

Le lit de misère doit être assez élevé pour ne pas fatiguer le médecin, et il doit être au milieu de la chambre pour pouvoir circuler facilement autour.

Que l'accouchement se fasse sur le lit ordinaire ou sur un lit de misère, je place en dessous du siège de la femme pour le soulever, un drap plié en plusieurs doubles. Ce drap a l'avantage de faciliter la protection du périnée, de préserver les mains du médecin de toute souillure et de protéger l'enfant contre les matières fécales, le liquide amniotique et le sang qui s'écoule après sa naissance. "Voici (1)

(1) Tarnier ; De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique.

quelle est l'utilité du drap de siège. Si, au moment de la sortie de la tête, la parturiente est simplement allongée sur son lit, sans qu'aucune précaution ait été prise pour lui soulever le siège, celui-ci, dont le poids a creusé le matelas, est plus ou moins enfoncé dans une dépression en forme de curette, où s'amassent les matières fécales et les liquides qui s'écoulent de la vulve. Les organes génitaux de la femme et les yeux de l'enfant sont donc exposés à être contaminés par ces matières et ces liquides accumulés sur le lit. Le drap de siège permet d'éviter ces inconvénients ; grâce à lui, en effet, le bassin est soulevé, ne baigne jamais dans les liquides et repose sur du linge propre ; en outre, il rend accessible, pendant la période d'expulsion, la vulve, le périnée, l'anus et la région ano-coccygienne. On peut alors observer commodément la distension du périnée et la dilatation de la vulve, parer à la rupture du périnée, suivre le dégagement de la tête et au besoin même le faciliter, enfin surveiller l'expulsion des épaules, ou procéder à leur extraction."

"Demandez toujours, dit Tarnier, un drap non déplié, en spécifiant bien que vous le désirez tel qu'il est rangé dans l'armoire. Si le drap dont vous disposez est très grand il peut suffire ; mais il faut souvent deux draps, afin qu'ils présentent une épaisseur suffisante. Vous mettez le second drap dans le premier, comme on met un cahier de papier plié en deux dans un autre cahier plié de la même façon et vous appliquez le tout sous le siège de la femme, de telle sorte que le bord arrondi regarde en avant, tandis que les bords libres des draps regardent en arrière, vers les reins. Les divers liquides qui s'écoulent pendant l'accouchement salissent le plan supérieur de ce drap ; c'est pourquoi, dès que l'enfant est né, vous faites soulever le siège de la femme et vous rabattez en avant la partie supérieure de ce drap ; la femme repose alors sur du linge propre. Après la délivrance, on rabat encore la partie nouvellement maculée, de telle sorte que la femme est couchée sur le drap dédoublé et propre."

Autres objets.—On devra avoir, dans la chambre de la parturiente, un lavabo, une table et quelques chaises, deux bassins, un pour se laver les mains et l'autre pour y mettre une solution antiseptique, du savon, des essuie-mains, un seau ou un vase pour recevoir les eaux sales, quelques stimulants, tels que : vins, cognac, rhum ou gin.

Quand j'arrive auprès d'une parturiente, j'ai la précaution, même durant les chaleurs de l'été, de faire allumer le poêle et d'y tenir du feu jusqu'après la délivrance. Un ou deux vaisseaux suffisamment grands doivent être remplis d'eau et m'offrir en cas de nécessité toute

l'eau chaude dont j'ai besoin soit pour injections vaginales ou intra-utérines, soit pour injections de sérum artificiel. Je ne suis jamais pris au depourvu et il ne m'est pas nécessaire d'envoyer chercher de l'eau bouillante chez le deuxième ou troisième voisin et je n'ai pas la douleur de voir ma malade prise d'hémorrhagie me passer entre les mains avant l'arrivée et la préparation de l'injection salutaire.

Vêtements.—Pendant l'accouchement, la femme ne doit porter pour tout vêtement qu'une camisole, si elle y est habituée, une chemise et une robe de nuit. Ces trois objets de toilettes doivent être relevés et retenus à la taille par des épingles de manière à n'être pas souillés pendant l'acte de la parturition. Comme complément de la toilette, je fais revêtir une jupe ou jupon très propre qui devra être attaché sur le côté pour qu'on puisse l'enlever facilement après la délivrance.

Garde-robcs.—*Miction.*—Je conseille à toutes les gestantes, surtout dans les derniers temps de la grossesse, de prendre fréquemment des purgatifs. Je les exhorte à en prendre (sel et sené ou huile de ricin) la veille de leurs couches. Les multipares qui connaissent exactement la date de cet événement peuvent le faire facilement. Quant aux autres, c'est-à-dire à celles qui n'accouchent pas à époque déterminée et surtout aux primipares, je leur prescris ces médicaments évacuants dès les premières douleurs du travail, ou si je suis appelé après le début de ce travail je donne un grand lavement. Le meilleur lavement est fait avec de la glycerine et de l'eau chaude ou tiède : trois ou quatre grandes cuillerées à soupe de glycerine pour un grand verre d'eau. La glycerine agit très rapidement et débarasse entièrement le gros intestin ; de plus elle a d'après certains accoucheurs, une action stimulante sur l'utérus. Elle en réveillerait et exciterait les contractions ralenties. Je m'en suis bien trouvé dans certains accouchements laborieux à douleurs irrégulières ou lentes.

L'avantage du purgatif ou du lavement est de faciliter l'accouchement en enlevant une cause fréquente d'irritation pendant la période de dilatation ; et au moment de la période d'expulsion si la femme a le rectum vide elle fera des efforts d'autant plus fructueux qu'elle ne craindra pas d'aller à la selle. On lui enlève donc par là une cause de gêne, de malaise qui pourrait lui rendre ces derniers instants encore plus pénibles. Quand la femme n'a pas eu plusieurs selles avant la période d'expulsion, elle sent au moment du passage de la tête à travers la vulve, un besoin irrésistible d'aller à la garde-robe. Elle est gênée par cette envie ; elle retient ses douleurs et ses

efforts expulsifs. Elle a honte ; l'accouchement en est retardé et le fœtus peut souffrir. C'est au médecin à la tirer d'embarras, à lui faire comprendre que la chose arrive fréquemment, que c'est même presque une nécessité de la période d'expulsion. Il faut l'avertir de laisser faire la nature.

D'un autre côté le médecin devra surveiller plus attentivement sa malade quand elle ressent ce besoin, et ne pas la laisser aller au cabinet. Les primipares surtout demandent avec instance de leur permettre de s'y rendre. C'est là le signe évident que la tête du fœtus est à la sortie des voies génitales.

On doit prêter une attention non moins grande à la vessie et voir si elle contient beaucoup d'urine. Le fait que la femme urine souvent n'est pas une preuve que sa vessie contient peu d'urine ou qu'elle la vide à chaque miction. Le fœtus, dans les derniers temps de la gestation, commence sa migration dans la filière pelvienne ; il pèse sur la vessie d'où envie fréquente d'uriner pour la femme. L'urètre est irrité par la pesanteur de la présentation, qui en ferme l'ouverture. Il faut, avant la période d'expulsion, si la femme n'a pas uriné beaucoup à la fois, ou si l'on doit appliquer le forceps, faire une version ou toute autre opération obstétricale, la sonder avec un instrument métallique ou en gomme élastique. La sonde en verre serait ici très dangereuse à employer, surtout avec présentation de la tête, parce que celle-ci sous l'effort de la contraction peut presser assez fortement contre le pubis pour faire éclater le verre.

Quand la tête ne fait que s'engager et qu'on veut sonder la femme, on est quelquefois obligé d'introduire deux doigts dans le vagin, de repousser la tête, de la retenir haute pendant qu'on glisse la sonde dans l'urètre.

Un point sur lequel j'attire tout particulièrement votre attention et qui a, pour moi, une importance capitale sur les suites de couches, c'est la manière de faire uriner ou de sonder la femme en travail ou en couches parce qu'elle est très sensible à toutes les influences microbiennes. J'ai pour règle invariable de découvrir la femme pour lui passer la sonde. J'écarte bien les lèvres, je nettoie avec du bichlorure de mercure les alentours du méat urinaire, et ma sonde, stérilisée ou flambée à l'alcool, est introduite ensuite exactement et sans tâtonnement à l'endroit utile. Ce n'est plus le temps pour l'accoucheur d'avoir l'œil au bout du doigt ; il doit à cet instant, regarder et voir des yeux de la tête. Je ne rencontre jamais d'opposition de la part des femmes à bien faire les choses après que je leur en ai démontré la nécessité et l'avantage pour elles.

Je le répète, aux dernières périodes du travail, de même que pendant les premiers jours des couches la femme urine par regorgement, et il faut lui vider la vessie.

La rétention d'urine et des matières fécales a une influence considérable sur la marche du travail qu'elle ralentit.

La vessie trop distendue pourrait se rompre. La plénitude du rectum contrarie la descente et la rotation de la tête.

(A suivre).

NOMINATIONS HONORIFIQUES A LAVAL.

L'Université Laval de Québec, à la demande du Conseil Universitaire, vient de prendre une heureuse initiative ; elle a conféré le titre de docteur à MM. Brouardel et LeDentu, de la Faculté de Médecine de Paris.

M. Brouardel, l'illustre doyen de la Faculté, n'a pas besoin d'être présenté à nos lecteurs ; il est universellement connu par ses beaux livres sur la médecine légale et sa haute réputation scientifique. En lui conférant un titre honorifique, l'Université Laval a voulu reconnaître l'intérêt qu'il a toujours porté à la profession médicale canadienne-française, intérêt qui s'était manifesté en 1897, par l'envoi d'un délégué officiel au Congrès de l'Association Médicale Britannique à Montréal, et qui nous avait valu la brillante conférence de M. le professeur Charles Richet sur Pasteur.

M. LeDentu, chevalier de la Légion d'Honneur et membre de l'Académie de Médecine, est professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris et chirurgien de l'hôpital Necker. C'est un brillant opérateur et un écrivain distingué, qui jouit en France d'une réputation étendue et bien méritée. Il porte à la province de Québec et à la profession canadienne un intérêt très vif, qui s'est déjà manifesté à plusieurs reprises par l'envoi de livres et de brochures à la bibliothèque du Collège des Médecins et à celle de l'Université. Le professeur LeDentu est à Paris l'un de nos amis les plus dévoués.

Nous ne saurions trop féliciter l'Université Laval de ces heureuses nominations qui sont de nature à resserrer les liens de sympathie qui nous unissent aux institutions scientifiques de France.

L'IMPORTANCE DES RÉTROVERSIONS DE LA MATRICE.

Par A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D., M. R. C S. Ang.

^M Professeur de Clinique de Gynécologie à l'Université Bishop; Chirurgien au Western Hospital; Chirurgien en chef de l'Hôpital Samaritain pour les femmes; Gynécologiste du Dispensaire de Montréal

Quoique j'aie opéré et guéri cent trente-cinq cas de rétroversion avec des adhésions par la ventrofixation, et quatre-vingts cas de rétroversion sans adhésions par l'opération du raccourcissement des ligaments ronds, je ne suis pas encore satisfait; car je suis convaincu qu'il y a encore plusieurs centaines de femmes dans cette province qui souffrent de cette maladie avec ses nombreux symptômes, qui pourraient être parfaitement guéries par l'une ou l'autre de ces opérations, sans courir presque aucun risque. Je dis presque sans risque parce que même lorsqu'il y a rétroversion avec fixation, et bien qu'il faille ouvrir le ventre et détacher les tubes malades, peut-être les enlever, cette complication ne donne qu'une mortalité d'au plus un pour cent. S'il n'y a pas d'adhésions, on peut remettre la matrice par la sonde et la tenir en place par l'opération d'Alexandre, procédé devenu tellement perfectionné qu'il ne manque jamais son but. Il est vrai que les premières années que ces opérations étaient faites des accidents tels que les hernies ou la mort même arrivaient quelquefois; mais à présent ces dangers ne sont plus à craindre dans les mains des opérateurs d'expérience avec des précautions aseptiques rigoureuses. Si cette condition de rétroversion est si fréquente, comment reconnaître les malades chez lesquelles elle est présente? Eh bien! il faut la chercher par un examen digital, de préférence bimanuel, chaque fois qu'une femme se plaint des symptômes suivants:

1° Désordres de la vessie manifestés par fréquence de miction causée par l'irritation du col de la vessie comprimé par le cervix uteri qui est tourné en avant.

2° Désordres du rectum, soit douleur pendant la défécation, soit constipation opiniâtre même quand la malade a des selles liquides obtenues par des purgatifs; la matrice agissant alors comme une soupape en caoutchouc, plus la femme force moins elle est capable

de faire passer les fœces ; une dysenterie ou tenesme rectal finit par ulcérer le rectum parce que ce dernier est continuellement comprimé par la matrice, compression donnant la sensation d'un boyau plein.

3° Désordres du cerveau et système nerveux par action réflexe. Le grand vasomoteur, contrairement au système cérébro-spinal, a sa tête sur le sacrum, précisément en dessous de la matrice renversée et à chaque pas que la femme fait, il y a un choc sur ce grand ganglion du sympathique causant une irritation au nerf vasomoteur du cerveau et produisant des maux de tête et des névralgies dans d'autres organes, cœur, poumons, foie, estomac et intestins. Plus d'une fois j'ai eu des malades qui vomissaient constamment jusqu'à ce que j'aie trouvé la cause dans la rétroversion de la matrice, le vomissement se guérissant immédiatement par le redressement de l'organe déplacé.

4° Désordres de l'intelligence. Quand l'irritation a duré longtemps la femme devient très irritable et même peut devenir folle. Je me rappelle d'au moins une dizaine de cas où les femmes elles-mêmes m'ont avoué qu'elles avaient honte en considérant la manière désagréable avec laquelle elles traitaient leurs maris. Plus les maris étaient bons pour elles plus elles étaient irritées contre eux. Il y a deux mois une dame est venue de la Colombie anglaise pour me consulter à propos de ses nerfs. Elle n'en connaissait pas la cause, mais elle m'avoua que si je ne la trouvais pas, son mari la quitterait, tellement elle était devenue aigrie contre lui. Autrefois, me disait-elle, son caractère était très doux. Elle présentait une figure tellement pâle et troublée que j'ai deviné tout de suite qu'elle avait une rétroversion. En effet, j'ai trouvé une matrice pesante et renversée sur le sacrum. Je l'ai opérée après quelques jours et au bout de trois semaines elle m'assurait qu'elle n'était plus la même. Une autre femme, dont j'ai l'histoire devant moi dans ce moment me dit que depuis neuf mois elle commence à avoir des idées étranges ; elle a une impulsion presque irrésistible de se jeter par le châssis ; ce qui la fait craindre de monter à sa chambre sans être accompagnée. Aussi quand elle se sert d'un couteau l'idée lui vient de se le plonger dans la poitrine ou de se couper la gorge.

J'ai soupçonné, cherché, et trouvé une rétroversion que j'ai opérée par ventrofixation. Le lendemain à ma visite, elle m'a serré la main en me disant que toutes ses terreurs étaient disparues depuis l'opération. Elle comptait pour rien la douleur de l'incision comparée avec la peine qui l'accablait avant.

5° Dyspareunia et stérilité. Sur les deux cent vingt-deux cas il y en avait les trois quarts à peu près ou cent cinquante de mariées. Presque toutes celles-ci se plaignaient de douleur causée par le coït. Ce n'est pas surprenant, quand on songe que la matrice est directement dans le chemin de l'organe mâle et distante seulement de un ou deux pouces de la vulve. De plus elle est gonflée et excessivement douloureuse, plusieurs femmes ayant comparé leur douleur avec les élancements d'un panaris. Quand une femme est déjà irritée contre tout le monde, si son mari vient lui donner des coups sur son panaris il est facile de comprendre que cela n'est pas pour la mettre de bonne humeur. Quand à la stérilité, environ une vingtaine de bébés sont venus à la suite de quatre-vingts Alexandres. Je n'avais pas pensé que la situation du col en avant ou en arrière était si importante pour la fécondation. J'ai vu la grossesse survenir immédiatement et sans aucune autre traitement chez les femmes qui étaient mariées depuis plusieurs années sans être devenues enceintes. Une fille qui avait eu des rapports clandestins plusieurs années sans conséquence, commençait à souffrir tellement qu'elle me fut envoyée par son médecin pour faire une opération d'Alexandre. L'opération a trop bien réussi, car en retournant à son amant elle est devenue enceinte, mais elle n'a pas péché depuis.

6° Symptômes dûs à la matrice, aux ovaires et aux tubes. Dysménorrhée et ménorrhagie. Presque toutes ces femmes souffrent de dysménorrhée causée par la congestion prononcée des organes génitaux. Le sang arrive dans l'organe mais ne peut pas sortir parce que les veines sont tordues et comprimées. L'endomètre devient variqueux et gonflé, causant une obstruction douloureuse à la sortie du sang ou cause une hémorrhagie abondante. Les ovaires deviennent tellement enflammés que l'ovulation cause une douleur excessive.

7° Les fausses couches. Quand une femme a eu plusieurs fausses couches au troisième mois et qu'elle n'a pas de syphilis, on est presque certain, en l'examinant, de trouver une rétroversion. Il n'y a pas longtemps, j'étais appelé par le Dr Grant Stewart pour une dame qui avait une rétention d'urine, due à la rétroversion de la matrice enceinte. Elle souffrait beaucoup et un avortement serait survenu bientôt; son médecin avait essayé de remettre la matrice, mais ne le pouvait pas parce qu'elle était prise dans le petit bassin. Bien que mise dans la posture genu-pectorale, ce n'est seulement au bout d'un quart d'heure de ferme pression avec mon doigt que j'ai pu la faire sortir des ligaments sacro-utérins entre lesquels elle

était emprisonnée : toutes ses souffrances furent guéries sur le champ. Une autre femme m'était envoyée par le Dr King, de Compton. Elle était enceinte de trois mois, le fundus remplissait le petit bassin et le col était, en haut et en avant, aplati en arrière de la symphyse du pubis. Il était impossible de remonter le fundus sans ouvrir le ventre. L'opération fut facile en faisant la ventrofixation. Elle a eu un accouchement naturel et la matrice n'est pas tombée depuis. Autrefois nous croyions que c'était un viol moral d'examiner une personne non mariée, mais aujourd'hui on reconnaît que les vierges souffrent de rétroversion très souvent et que ces souffrances ne peuvent pas être guéries sans remédier au déplacement qui en est la cause. Pendant que j'écris ces pages, une demoiselle de trente ans est venue me consulter pour une dysenterie dont elle souffrait depuis quelques années. Je l'ai soignée il y a trois ans sans l'avoir examinée et sans lui avoir fait du bien. Depuis lors, elle a consulté cinq ou six médecins. Comme il n'y avait pas d'amélioration, elle m'a prié de voir si ce n'était pas la matrice qui causait sa maladie. En effet, en faisant un examen digital, j'ai trouvé la matrice complètement renversée. Demain matin je vais opérer une autre fille qui m'a consulté pour une ménorrhagie qui dure sept jours et une dysménorrhée qui l'oblige à rester dans le lit un jour tous les mois. Elle était tellement sensible que c'était impossible de l'examiner dans mon bureau, mais à l'aide du chloroforme dans mon hôpital privé, j'ai constaté la rétroversion et j'ai pu remonter la matrice avec la sonde. Demain je vais dilater, curetter et racourcir les ligaments ronds.

En conclusion, je conseille à tous médecins de famille de faire un examen sous anesthésie s'il le faut, pour constater sûrement si la matrice est en rétroversion, non seulement où il y a des symptômes dirigés vers cet endroit, mais même s'il y a des symptômes réflexes qui pourraient être dus à cette cause.

250 Rue Bishop Montréal.

Nomination à l'Hôpital Notre-Dame.

M. le Dr J. A. Lesage, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Laval à Montréal, vient d'être nommé chef de clinique et assistant médecin visiteur à l'Hôpital Notre-Dame.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 30 Novembre 1899.

Présidence de M. Ricard.

CHLOROFORME ET GAZ D'ÉCLAIRAGE.

M. RICARD rapporte un cas analogue à ceux rapportés par MM. Asselin, Hervieux et Lesage. Dans un cas d'accouchement laborieux, on administrait le chloroforme à la malade dans une chambre éclairée au gaz. A un moment donné, durant l'administration de l'anesthésique, tout le monde dans la chambre : médecins, parturiente, garde-malade, fut pris d'accès de toux et de suffocation qui durèrent pendant quelques instants.

Présentation de pièces pathologiques.

MÔLE HYDATIFORME.

M. LARIN rapporte l'observation d'une femme de 37 ans qui, étant devenue enceinte, s'aperçut qu'elle perdait, peu abondamment il est vrai, un liquide jaunâtre. Mise au repos en prévision d'une fausse couche, elle n'en continua pas moins à perdre, et ces pertes devinrent bientôt hémorragiques. Appelé auprès de cette femme deux mois plus tard, M. Larin put sentir avec ses doigts et extraire de l'utérus une masse charnue ressemblant à un placenta. Cette masse contenait des vésicules, ce qui, joint à l'écoulement jaunâtre du début, donne à penser à l'existence d'une môle hydatiforme.

Rapport de cas.

UN CAS D'APPENDICITE AIGUË.

M. PARIZEAU rapporte une observation d'appendicite ayant évolué très rapidement. Cette observation intéressante, ainsi qu'une autre rapportée à la séance du 14 décembre, seront publiées au cours d'un article qui paraîtra prochainement.

AMPUTATION DE JAMBE DANS UN CAS DE GANGRÈNE SÉNILE
CHEZ UN ATHÉROMATEUX DIABÉTIQUE.

M. MERCIER a pratiqué une amputation de jambe chez un vieillard de 72 ans, athéromateux et diabétique, pour une gangrène du pied. La gangrène était bien limitée. Le pied désarticulé presque, ne tenait plus que par le tendon d'Achille. Les tissus, au-dessus de

la gangrène, avaient conservé leur souplesse et leur nutrition normales.

Le malade fut amputé le lundi, et un drain laissé dans la plaie. Ce drain fut enlevé le samedi suivant. Il n'y a pas eu de température. Réunion par première intention. Seulement, la personne qui fit les pansements (le malade habite la campagne) n'ayant pas suffisamment supporté le moignon, l'extrémité de l'os sectionné fit pression sur le tissu mou sus-jacent, ce qui amena une petite plaque de gangrène en avant du tibia. Mais la guérison s'est maintenue.

M. Mercier croit que, dans les cas de ce genre, on peut intervenir, quand la gangrène est bien limitée, en prenant toutes les précautions voulues, si l'on juge que la nutrition générale n'est pas encore trop compromise.

Séance du 7 Décembre 1899.

Présidence de M. Lesage.

FŒTUS MORTS DANS L'UTÉRUS ET MÔLES HYDATIFORMES.

M. de COTRET, à propos de l'observation rapportée par M. Larin à la séance précédente, donne sur ce sujet une communication très détaillée, dans laquelle il passe en revue les diverses modifications que peut subir le fœtus mort avant d'être expulsé de l'utérus. Nous publierons cette communication en entier.

NÉPHRITE AIGUË ET URÉMIE CHEZ UN PROSTATIQUE.

M. LARIN a soigné un prostatique qui, au début, était obligé de se passer la sonde tous les jours, et dont les urines étaient purulentes. Après une amélioration de quelques mois, les symptômes s'aggravèrent, le malade eut des frissons, de la fièvre et une bronchite ; il fallut laisser une sonde à demeure. Il y eut une accalmie, puis la néphrite fit son apparition, et l'état général devint mauvais (août-octobre). On vit alors apparaître des selles abondantes et fréquentes, l'urine diminua considérablement. Le 20 novembre, l'anurie était complète ; le malade mourut le 1er décembre.

Discussion.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ LES ATHÉROMATEUX ET LES DIABÉTIQUES.

Le cas rapporté par M. Mercier à la séance précédente donne lieu à une discussion assez vive, mais qui porte autant sur l'étendue des lésions athéromateuses et diabétiques que sur les indications de l'intervention chirurgicale.

M. MERCIER, revenant sur son cas, explique qu'il n'a pas voulu porter un diagnostic de diabète franc, mais s'est contenté de parler de glycosurie. Quant aux lésions athéromateuses, elles étaient très caractéristiques. La tibiale était dure comme un tuyau de pipe, et il n'a presque pas eu de ligatures à faire, les artères ne saignant pas. Naturellement, dans les cas de ce genre, les chances de succès sont assez limitées. Mais si l'on tient compte de l'intégrité fonctionnelle des organes, si l'on a soin de limiter autant que possible le traumatisme, et de faire en sorte que les tissus opérés ne soient pas trop tendus, on pourra risquer une intervention qui devient urgente. On n'opère la gangrène sénile que lorsqu'elle est bien délimitée.

Chez les diabétiques prononcés, le danger est beaucoup plus grand. Ces malades sont un excellent milieu de fermentation. Quand il s'agissait d'ouvrir des phlegmons chez ces sujets, Reclus prenait le fer rouge de préférence au couteau.

Pour M. DUBÉ, le défaut de résistance est plus prononcé dans les cas de diabète nerveux ou pancréatique que dans les cas de diabète gras. L'opération pourrait activer la marche de la maladie. Il est important de s'assurer si l'on a affaire à un cas de diabète franc. Car il y a plusieurs variétés de diabète. L'insuffisance hépatique, par exemple, donne du sucre dans les urines après les repas, alors qu'il n'y en a pas le matin. On peut avoir du diabète insipide par traumatisme. De même, l'artério-sclérose, n'est pas toujours identique. L'artério-sclérose de la vieillesse est généralisée; celle qui est due à une intoxication atteint plus profondément certains organes.

Le professeur FOUCHER est d'avis que les interventions chirurgicales sont toujours graves chez les diabétiques. Il a vu de ces malades opérés de la cataracte ou d'une mastoïdite succomber aux suites opératoires. Il faut craindre à part l'infection, les troubles nerveux. L'analyse de l'urine doit être faite avec soin; il faut surtout éviter les causes d'erreur. Un médecin ayant fait analyser son urine dans un laboratoire fut déclaré diabétique; après un mois de régime sévère, il apprit qu'on avait analysé par erreur l'urine d'une autre personne. La sienne ne contenait pas de sucre.

M. DUHAMEL a vu la fonte purulente de l'œil survenir après une opération de cataracte chez un diabétique.

MM. VALIN et HERVIEUX insistent sur la nécessité de faire une analyse d'urine soignée, et sur les résultats contradictoires que donne parfois la liqueur de Fehling.

M. MARIEN a déjà opéré des vieillards qui s'en sont très bien tirés. Tout dépend de la topographie des lésions d'artério-sclérose. Quand on lui demande d'opérer chez de tels malades, il se fie entièrement à l'avis du médecin traitant.

REVUE DES JOURNAUX.

MÉDECINE.

DE LA FLUXION DE POITRINE.

Par le professeur COMBEMALE.

Leçon clinique recueillie par M. L. DECOOPMAN, externe du service.

Longtemps on a désigné, sous le nom de fluxion de poitrine, ces états morbides affectant l'appareil pulmonaire dans lesquels les signes congestifs sont combinés en proportions diverses à l'élément phlegmasique. Mais les affirmations autoritaires et exclusives de l'école anatomo-pathologique obscurcirent à un moment donné cette conception essentiellement clinique; et depuis lors on n'a communément guère plus tenu compte de la fluxion de poitrine que de l'état hyperhémique de la pneumonie qui s'y retrouve. Sous l'influence de cette école, l'identité des deux états morbides fut acceptée par les meilleurs esprits; la fluxion de poitrine disparut, Messieurs, du cadre des maladies qu'on enseigne dans les livres classiques de médecine.

Cependant depuis un demi siècle, des voix autorisées s'étaient élevées, pour réclamer au nom de la clinique une place dûment marquée pour la fluxion de poitrine. CRUVEILHIER, quelque anatomo-pathologiste qu'il fût, avait décrit une pleurodynie fébrile avec frottements, et contribuait ainsi inconsciemment à réhabiliter cette fluxion de poitrine que son école s'était tant efforcée de répudier. PETER, en parlant de l'inflammation spéciale du poumon, pouvant envahir successivement tous les plans thoraciques sans en excepter la plèvre, reconnaissait la réalité clinique de la fluxion de poitrine sans la nommer. Quant à l'école de Montpellier, fidèle à ses traditions, elle n'avait jamais abandonné l'antique dénomination de fluxion de poitrine; malgré la défaveur que ses doctrines ont rencontrée pendant cinquante ans, elle se savait en possession d'un dogme clinique assez solidement établi et consacré, pour persister ferme et irréductible dans sa conception de la fluxion de poitrine, que tout le monde tend aujourd'hui à admettre. Cette conception, modernisée il est vrai, n'a cependant pas varié; et si l'école de Montpellier semble avoir fait une concession à ses adversaires, en acceptant ses dénominations, elle conserve intégralement sa chose, c'est-à-dire son dogme et ses principes. L'expression qu'a employée GRASSET, définissant la fluxion de poitrine une pneumococcie atténuée, a eu le don de plaire à tout le monde; elle a eu le mérite aussi de faire admettre la vérité trop longtemps tenue sous le boisseau.

Nous en tenant à cette définition, bonne et courte, nous considérons donc, Messieurs, la fluxion de poitrine, comme une pneumonie en miniature, comme une "pneumoniette", si vous voulez bien me passer cette expression un peu familière. Et j'espère bien vous démontrer a priori aujourd'hui même que la fluxion de poitrine doit être admise, avec ce sens particulier; de même que la typhoidette gagne, pour être connue, à être rapprochée de la typhoïde habituelle; de même la fluxion de poitrine, pour être reconnue, a besoin d'être vue à côté de la pneumonie vraie. Le hasard a rapproché, dans nos salles, quelques malades touchés à des degrés divers par le pneumo-coque; profitons de l'occasion, étudions la fluxion de poitrine.

La pneumonie vraie, franche, classique, étant le point de comparaison pris pour établir la réalité de l'entité fluxion de poitrine, je la rappellerai tout d'abord dans ses principaux traits cliniques.

La pneumonie, Messieurs, débute de deux façons. Une fois sur quatre environ, elle comporte des prodromes: pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, celui qui couve une pneumonie éprouve une fatigue insolite, se plaint de courbature, de céphalée, a les pommettes colorées, ne peut dormir, et présente des épistaxis, ou bien de la trachéite, il est en proie à une légère fièvre. Mais le plus ordinairement rien n'a préparé le patient à l'invasion; la maladie se déclare subitement: un frisson, unique, plus ou moins violent, mais assez prolongé, surprend le sujet en plein travail, et aussitôt, la température axillaire atteint 39°, accompagné parfois de vomissements. Ce frisson, qui tient lieu de prodromes ou en marque la fin, est le véritable début de la pneumonie.

Les trente-six premières heures qui suivent le frisson sont remplies par un syndrome clinique traduisant ce que l'anatomie pathologique appelle la phase d'engouement; une douleur, le point de côté, naît et croît rapidement; spontanément douloureux, mais exaspéré par les mouvements respiratoires et la toux, bien localisé ou étendu à une grande partie de la surface latérale du thorax, ce point douloureux siège au mamelon, mais peut se rencontrer aussi à la région abdominale, à la fausse sus-épineuse et même au côté de la poitrine opposé à celui où siège la lésion pulmonaire. Peter le dit l'expression d'une névralgie intercostale. Concomitamment s'installe de la dyspnée, de la fièvre: le malade fait 25 à 30 inspirations par minute. La température atteint sans rémission matinale 40° et 41°. Une toux fréquente, quinteuse, sèche, pénible pour le malade et pour son entourage survient, qui appelle l'examen direct du thorax. La percussion révèle en effet de la submatité en un point donné de la poitrine, et en ce même point de discrets râles crépitants, secs et fins, s'entendent par bouffées, à la fin de l'inspiration. Au cas où vous ne les constatez pas d'emblée, faites tousser le malade et cherchez-les dans l'aisselle. Leur présence indique la fin de la période d'engouement, et signifie que les alvéoles pulmonaires obstrués par l'exudat albumineux commencent à se désagglutiner. Ce processus se généralisera dans les périodes ultérieures.

La phase d'hépatisation rouge commence alors, un jour et demi environ après le frisson. La phlegmasie à ce moment fait alors tout

son effort; le point de côté qui exprime cet effort s'amende. Mais à sa place s'installe l'élément congestif, c'est-à-dire que les symptômes fonctionnels augmentent. Nous voilà à la période d'état de la pneumonie. L'aspect du pneumonique dès ce moment est caractéristique: anhélant, la parole brève et entrecoupée par la toux, le visage rouge et en moiteur, cherchant vainement le sommeil, les narines, les dents et les lèvres fuligineuses; souvent plongé dans un délire, doux ou violent, suivant le caractère du sujet et sa propension à la boisson, le malade a un pouls qui approche 100 pulsations, une température à 40°5; des urines rares, foncées, riches en urée et en urates, pauvres en chlorures. L'examen direct décèle de l'exagération des vibrations thoraciques; de la matité à la percussion, et si on l'ausculte, on a de la bronchophonie: la voix du malade transmise par le bloc fibrineux pneumonique bon conducteur du son, arrive éclatante, mais non articulée, à l'oreille; enfin, au milieu des râles crépitants se fait entendre le souffle tubaire caractérisé par le timbre rude et soufflant de la respiration. Quelque nets que se présentent tous ces symptômes, ne négligez pas l'examen des crachats; ils sont typiques et presque pathognomoniques: ils sont ambrés, rouillés, couleur du sucre d'orge, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent brassé et mélangé à l'exsudat; ils sont de plus aérés, visqueux, adhérents au crachoir et transparents; riches en leucocytes et hématies, encombrés de nombreuses cellules épithéliales pulmonaires, de mucus, de fibrine coagulée en petites masses ou moulée sur les bronchioles, ces crachats ont encore un caractère histologique de la dernière importance, celui de recéler le pneumocoque.

Ce microbe, dit de TALAMON et FRAENKEL, se présente sous la forme de grains lancéolés, disposés en séries et entourés d'une gangue albumineuse: Il se colore facilement, se cultive aisément aussi, à une température de 30 à 35° sur agar et sur gélatine en prenant en colonie l'aspect d'une goutte de rosée, mais en perdant sa virulence dès le cinquième jour de la culture; injecté à une souris ou à un lapin, il tue ces animaux réactifs en vingt-quatre heures sans produire d'inflammation locale, mais en provoquant une hypertrophie de la rate; si l'on inocule le pneumocoque au rat, au chien, au mouton, la réaction locale s'obtient, déterminant même la pneumonie si l'injection a été intrapulmonaire.

Une nouvelle phase, attendue et guettée avec soin par le clinicien au cas d'une issue heureuse de la pneumonie, se présente au cinquième au dixième jour qui suit le frisson; la crise, qui juge le malade, survient dans cet intervalle de temps, presque toujours au septième jour. Bien souvent, vous aurez désespéré du malade voyant l'aggravation de tous les symptômes se produire, la dyspnée à son maximum, l'expectoration difficile, la température ascendante, le pouls faiblissant; or, cette aggravation préparait en quelque sorte l'effort suprême de l'économie vers la guérison. Des sueurs profuses, des épistaxis répétées seront survenues, une éruption d'herpès labial exagérément étendu, une diarrhée subite ou des urines abondantes et albumineuses auront paru qui constituaient la crise. Et en quelques heures la défervescence s'est faite, la température est tombée.

37°. La maladie marche dès lors vers la guérison ; l'économie a triomphé, l'hyperhémie, reliquat de la phlegmasie, va disparaître graduellement.

Puis, peu à peu, les crachats deviennent moins visqueux, plus opaques, comme graisseux, dépourvus de fibrine ; la matité thoracique diminue ; au râle crépitant sec, au souffle tubaire se substitue un râle humide et gros, qui s'étend aux deux temps de la respiration ; c'est le râle crépitant de retour (redux). L'amaigrissement qui a été très rapide cesse : l'état psychique s'améliore, le délire s'affaiblissant, l'espoir et la gaieté renaissant. On peut dire que le pneumonique entre dès lors en convalescence.

Lorsque les signes cliniques de la pneumonie ne se sont pas amendés dans les dix jours qui suivent le frisson, c'est que l'infection pneumonique s'est compliquée d'une autre infection à localisation pulmonaire, qu'elle est généralisée. Le résultat final est le même. Le stade anatomo-pathologique atteint porte alors le nom d'hépatisation grise ; l'aspect clinique est celui d'une pyémie, d'une fièvre adynamique, disait-on naguère. Les crachats, gris ou rouge brunâtre, comme le jus de pruneaux, sont expectorés avec peine. La fièvre est continue, une diarrhée fétide s'installe, le ventre se ballonne ; le pouls est petit, filiforme, irrégulier ; le patient est couvert de sueurs visqueuses, le délire s'accroît. L'auscultation ne révèle alors rien de caractéristique ; au contraire, les signes stéthoscopiques sont variables avec les moments de la journée. La mort tarde plus ou moins à survenir, mais elle est certaine.

Telle est la pneumonie, Messieurs, dans sa marche clinique habituelle, dans son évolution typique, pourrais-je dire, comme il vous a été certainement donné de la voir dans les services que vous fréquentez ; l'entrée en matière est subite, la localisation pulmonaire est certaine dès le troisième jour, les accessoires du début (point de côté) ayant disparu ; pendant sept jours environ, la lutte pour l'oxygénation indispensable aux tissus, pour la respiration se poursuit ; alors, ou bien l'économie triomphe par la crise préparée de longue main, ou bien la défense n'ayant pas été à la hauteur de l'attaque, la mort survient comme dans une septicémie. Ces allures de la pneumonie sont donc bien caractéristiques.

D'une façon sensiblement différente à l'observation clinique se présente la fluxion de poitrine. Rappelez-vous le tableau qui s'est déroulé sous vos yeux ces jours derniers chez deux malades couchés à la salle Sainte-Catherine, l'un au lit 6, l'autre au lit 11.

Le premier malade s'est présenté à l'hôpital à cause d'une vive douleur de côté qu'exagérait la toux, et qui occupait constamment la moitié droite de la poitrine. Il avait eu quelques jours auparavant de légers frissons. Depuis ce moment il toussait par quintes, avait toujours une légère fièvre, surtout le soir, et se sentait sérieusement tourmenté. Le jour de son entrée était bien le quatrième de son affection, évidemment pulmonaire ; mais à cette date, les signes physiques ne correspondaient déjà pas à ceux de la pneumonie franche. Au reste, en l'examinant hier de près, nous avons constaté de la pleurésie et une hyperesthésie cutanée à peine appréciable : le côté et

le flanc droits en effet étaient douloureux à la pression, mais sans précision, c'est-à-dire sans que l'on pût déterminer le point où la douleur à la pression était maxima; l'inspiration forcée réveillait l'endolorissement de la région, de même que la parole à voix haute et la toux spontanée ou provoquée. Malgré les analogies, vous n'avez pas reconnu dans cette pleurodynie le point de côté de la pneumonie, quelque atténué qu'il soit à ce moment de son évolution.

Voyez d'autre part les signes stéthoscopiques. Les vibrations thoraciques sont aujourd'hui et étaient hier affaiblies, diminuées; l'auscultation vous a révélé, ce matin encore, un souffle doux sur une hauteur de quelques travers de doigt. en outre des sous-crépitants humides se faisaient entendre sur le même point. Ici il n'y avait plus d'analogie: la pneumonie, en effet, ne se présente pas à l'oreille de cette façon; le souffle est rude, la bronchophonie et les crépitants ne prêtent pas à la confusion, si l'on sait ausculter.

De par l'auscultation, pas plus que de par le point de côté, ce n'était pas de la pneumonie. Malgré cela, des doutes pourraient subsister dans l'esprit. Les crachats étaient rosés d'abord, ils ont ensuite pris la couleur jaune sucre d'orge. ils contiennent le pneumocoque; ce signe, cette constatation bactériologique ne sont que des commencements de preuve. En effet, vous voyez aujourd'hui que la fièvre,—le renseignement nous parvient à l'instant,—décline et que la courbe de température incline à une chute graduelle; malgré la pusillanimité du sujet, qui se croit ou veut être plus malade qu'il ne l'est, la convalescence est prochaine.

Vous avez remarqué, Messieurs, que parmi les signes et les symptômes présentés par ce malade, il en est qui appartiennent à la pleurésie, d'autres qui ressortissent à la congestion pulmonaire. Il ne vous a pas échappé non plus que tout cela a évolué sans fracas, doucement pour ainsi dire, ne nous inspirant pour la vie du malade qu'une médiocre inquiétude. C'est que ce complexus symptomatique cachait une pleurésie bâtarde à faible épanchement, masquée par la congestion pulmonaire sous-jacente. La fluxion de poitrine, terme clinique, simple et commode, peut servir à désigner cet état morbide qui n'est pas la pneumonie, vous n'en avez pas en effet reconnu les allures, qui n'est pas la pleurésie non plus, puisqu'elle est doublée d'une atteinte aux poumons. C'est ce que pensent nombre de cliniciens et non des moindres.

La fluxion de poitrine n'a pas toujours un tableau aussi effacé, aussi adouci que l'exemple ci-dessus. Vous vous souvenez en effet de ce malade, entré le même jour dans le service et qui occupe le numéro 11 de la salle Sainte-Catherine. Ce jeune homme vous est apparu avant-hier matin dans un état grave. Il était fortement anhélant, les pommettes rouges, la langue sèche, le corps couvert de sueur; le thermomètre avait marqué 40° une demi-heure auparavant; le pouls battait à 106 à la minute, les urines étaient rares, uratiques. Vous avez remarqué qu'il portait aux lèvres de nombreuses vésicules d'herpès qui l'une après l'autre s'étaient formées pour constituer le bouquet constaté. Des crachats étaient gommeux, rouillés, la toux quinteuse et fatigante.

Entre deux inspirations et par courtes phrases, le malade vous a dit avoir eu un frisson plusieurs jours avant son entrée dans le service, souffrir depuis lors d'un point de côté, qui ne se calmait pas. A première vue et avant de recourir à l'auscultation, on était porté à diagnostiquer une pneumonie, la majeure partie des renseignements y invitait du reste. Cependant, on s'apercevait vite qu'aux signes fonctionnels ne se superposaient pas les signes physiques correspondants. En examinant de près le malade, nous trouvâmes en effet les vibrations thoraciques légèrement exagérées au flanc droit et en arrière et de la submatité au même niveau; en appliquant l'oreille en ce point un souffle était étendu, mais un souffle dont on ne pouvait dire qu'il était rude ou doux, la bronchophonie d'autre part se panachait d'égophonie. Il était impossible ce jour là, et il n'a pas été davantage possible hier de percevoir le bruit caractéristique des râles crépitants ou des bruits anormaux ayant la valeur de ce râle se produisant à la fin de l'inspiration; mais par contre un peu plus haut vers l'aisselle existaient des frottements reconnaissables à leur apparition aux deux temps de la respiration et à leur éclatement sous l'oreille. Du côté gauche, nous ne découvrîmes rien d'anormal; formuler le diagnostic de pneumonie sans faire des réserves était imprudent.

Avant de prononcer le mot de fluxion de poitrine pour ce cas, grave à tous égards, j'eus recours, — vous vous en souvenez, — à une saignée déplétive; deux cents grammes de sang furent tirés après la visite par l'interne du service à ce jeune homme. Et le lendemain matin, Messieurs, un tel changement s'était opéré dans la situation et dans l'aspect du malade que le souvenir vous en restera longtemps, je l'espère.

La coloration du visage était tombée, l'anxiété avait disparu, l'oppression s'était dissipée, la fièvre dépassait 38°, l'urine était plus abondante, un peu de sommeil avait aidé à la résurrection véritable. Il y avait plus: ceux d'entre vous, Messieurs, qui ont ausculté ce malade, ont perçu des sous-crépitanants gros et moyens à côté et au-dessous, des frottements disséminés dans tout le poumon droit; quant au souffle les caractères n'étaient pas plus précis que la veille. Le poumon gauche lui-même participait à cet envahissement de bruits pulmonaires, bien que la veille il ne fut pas en cause. Des sibilants, une véritable tempête de râles, occupaient les deux poumons. Vous venez du reste de constater que cette crise s'est continuée: le thermomètre s'est complètement abaissé au-dessous de 37°, après être resté toute la journée d'hier à 38°: l'expectoration et l'auscultation sont d'accord avec cette déferescence et de gros râles remplissent encore le poumon.

On peut dire aujourd'hui que s'il y avait un diagnostic qu'il ne fallait pas porter sur le cas de ce jeune homme c'était celui de pneumonie. Malgré la présence du pneumocoque dans l'exsudat, ce diagnostic doit être écarté: a) parce que le râle crépitant, pas plus que le souffle tubaire, n'existaient au cinquième jour après le frisson, avec leurs caractères typiques l'un et l'autre; b) parce que la déferescence, au lieu d'être brusque, s'est faite en lysis comme vous pou-

vez le vérifier sur la courbe de température. L'hypothèse de bronchopneumonie ne doit pas être débattue : les noyaux caractéristiques à évolution successive manquaient, et il ne saurait par définition, exister de bronchopneumonie sans cette condensation partielle et par blocs isolés du parenchyme pulmonaire. Pour la raison d'ordre général au contraire que je vous exposerai tout à l'heure, il s'agissait d'une fluxion de poitrine

J'admets volontiers que ce cas de fluxion de poitrine confine à la pneumonie, que son pronostic était plus grave que celui du premier, qu'il y a plus loin de ce cas clinique au premier que je vous ai rappelé. C'est néanmoins dans le cadre des fluxions de poitrine : hyperémie intense autour d'une phlegmasie moyenne ou faible, que l'on doit la ranger. Vous pouvez d'ailleurs imaginer dès maintenant ou bien rencontrer plus tard des types intermédiaires à ceux que nous avons signalés où les signes de congestion, de pleurésie, de bronchite et de pneumonie s'enchevêtrèrent et se superposèrent et s'associeront de diverses manières ; il vous arrivera de ne parvenir, dans certains cas, même par un examen très attentif, que difficilement à préciser ce qui prédomine, voyant du reste votre diagnostic local si péniblement établi aujourd'hui, détruit par vos constatations de demain ; allant de la congestion à la pneumonie, quand vous récapitulerez pour fixer du mot fatidique l'état morbide qu'a présenté votre malade, vous serez hésitant et embarrassé. Et pourtant, si vous n'étiez pas retenu par des préjugés d'école, ou si vous connaissiez le vrai sens du mot, vous diriez fluxion de poitrine en toute justice.

Mais pour que vous posiez dorénavant ce diagnostic en toute assurance, voyons ce qui caractérise la fluxion de poitrine, ce qui la différencie de la pneumonie, avec laquelle elle n'a que trop longtemps été identifiée.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine, *l'ensemble des signes cliniques qui caractérise la pneumonie, se montre incomplet et anormal* : le frisson initial par exemple, si dramatique, manquera ou apparaîtra si faible qu'il passera inaperçu ; dans un autre cas, le point de côté se prolongera très douloureux, jusqu'au moment de la défervescence fébrile, au lieu de s'amender dans les trois jours qui suivent le frisson. La défervescence elle-même, au lieu d'être brusque comme c'est la règle, se fera dans un troisième cas ou plusieurs fois, par échelons, et d'une façon bizarre, qui déroutera vos prévisions.

Chez le malade atteint d'une fluxion de poitrine, *les signes physiques perçus accusent la participation de plusieurs parties, accessoires ou non, de l'arbre respiratoire*. C'est ainsi que l'on trouve dans la fluxion de poitrine des signes physiques de congestion pulmonaire (submatité, bronchophonie, respiration soufflante, etc.), de pleurésie (submatité, frottements), de pleurésie avec épanchement (matité, souffle doux, égophonie), de bronchite (rouflants, sibilants), non mélangés au hasard, mais comme appliqués à des épaisseurs différentes du poumon. C'est ainsi que les crachats, au lieu d'être franchement rouillés, comme lorsque l'exsudat est intimement brassé avec le sang, sont légèrement rosés, colorés par des stries et n'approchent que rare-

ment de la coloration sucre d'orge. Il est évident que tous les plans, cutané, musculaire, pleuraux, pariétal et viscéral, les tranches voisines du poumon, les bronches fines et moyennes qui desservent ces territoires sont envahies par l'hyperhémie, consécutivement à la phlegmasie première qui n'a pas eu de durée. Rien d'analogue n'existe dans la pneumonie franche, mais extensive dans ses allures.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine. *L'évolution de la maladie est rapide, elle se fait sans complications.* En cinq ou sept jours survient la défervescence; la convalescence ne se fait pas attendre, qui n'est traversée d'ordinaire de rien de fâcheux. Il semble que dans la fluxion de poitrine l'inflammation atteigne et le parenchyme pulmonaire et ses organes de protection, mais qu'elle les effleure, les ménage, les lèche en quelque sorte, au lieu de les mordre et de les entamer. En effet, la fluxion de poitrine affecte rarement ces formes inflammatoires ou sthéniques de la pneumonie, qu'on ne rencontre guère que chez les gens robustes et sanguins de la campagne: jamais non plus on ne remarque la forme asthénique masquée par du collapsus ou de l'adynamie; la forme nerveuse de la pneumonie, donnant la symptomatologie ou se compliquant de la redoutable méningite pneumococcique, est inconnue dans la fluxion de poitrine. Enfin, il est excessivement rare de rencontrer comme reliquat d'une fluxion de poitrine, des paralysies ou des manifestations extra-pulmonaires postérieures à l'acte morbide, telles que l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, la méningite, une otite, une parotidite, la néphrite, etc. En résumé, la fluxion de poitrine guérit presque toujours, même quand l'atteinte a été rude.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine, *la virulence du pneumocoque est beaucoup moindre* que dans la pneumonie. Vous remarquez que j'ai parlé du pneumocoque seulement: pour qu'il y ait fluxion de poitrine, il faut en effet, qu'il y ait du pneumocoque dans les crachats et non du pneumobacille, du tétragène, du streptocoque, du coli-bacille, etc., ou tout autre agent pathogène. J'insiste aussi sur ce que les inoculations de ce pneumocoque existant dans les crachats, faites avec toutes les précautions désirables sur des souris, auront rendu ces animaux malades, mais ne les auront pas tués en vingt-quatre heures, comme l'aurait fait le pneumocoque d'une pneumonie. L'atténuation du pneumocoque est le point important de la conception spéciale que nous nous faisons de la fluxion de poitrine; c'en est, en quelque sorte, le criterium. A côté des signes cliniques et physiques, cette constatation bactériologique acquiert une valeur considérable; et pour constituer un diagnostic précoce les inoculations expérimentales ne sauraient être trop hâtives à mon avis.

Je viens de vous présenter en un tableau résumé, comme ramassé, ce qui permet de différencier la fluxion de poitrine de la pneumonie. Les types de la fluxion de poitrine sont trop nombreux, correspondant à des atténuations différentes du pneumocoque, comme aussi à des états de résistance du porteur, pour que j'aie pu insister et faire mieux qu'un tableau didactique. Mais je ne voudrais pas terminer sans vous apporter une preuve de plus à l'appui de cette différence qui existe entre la fluxion de poitrine et la pneumonie: Quels

sont, en effet, les moyens thérapeutiques dont vous disposez pour traiter la fluxion de poitrine! Comme on l'a dit pour la fièvre typhoïde, Messieurs, le meilleur médicament de la fluxion de poitrine est encore un bon médecin, qui surveillera attentivement la marche de la maladie et répondra sans hâte, au fur et à mesure de leur urgence, à toutes les indications thérapeutiques. Soyez toujours prêts à pratiquer une saignée, à appliquer des sangsues, à poser des ventouses scarifiées pour combattre tant l'infection que l'hyperhémie. La dyspnée sous l'influence de la fluxion sanguine est-elle exagérée, mettez ventouses sèches sur ventouses sèches; la fluxion s'étend-elle en profondeur, songez au vomitif qui décongestionne le poumon; ipéca, mieux tartre stibié en lavage, à la dose de 10 centigrammes dans un litre d'eau, à prendre par verres dans la journée. Les phénomènes d'hyperesthésie cutanée et musculaire, le point de côté durable sont justiciables du classique vésicatoire, mieux de la révulsion par le stypage au chlorure de méthyle. Quant à la fièvre, vous la calmez par la quinine si elle dépasse 39°: sinon vous ne l'attaquez pas,—on ne part pas en guerre contre un moustique—; vous saurez, en cas de faiblesse passagère, stimuler le cœur par la caféine; et comme malgré tout l'état général commande une intervention, c'est aux toniques, boissons vineuses, potions alcoolisées, quinquina, etc., que vous vous adresserez pour étancher la soif et remonter du même coup le malade. Vous le voyez, en somme, la caféine et la saignée sont les moyens efficaces et sûrs, qui vous rendront, le cas échéant, les meilleurs services; le restant n'est et ne peut être qu'accessoire.

Je crois, Messieurs, vous avoir donné, à propos de la fluxion de poitrine, des raisons suffisamment probantes, pour que dorénavant vous croyiez à sa réalité clinique; je ne m'abuse pas cependant au point de penser que vous la distinguerez facilement et du premier coup dans les affections pulmonaires dont l'école anatomo-pathologique nous a imposé les dénominations, comme si tel système pouvait être isolément intéressé!—et que nous persistons à appeler de nom de bronchite, pleurésie, etc. Le diagnostic de fluxion de poitrine est, en effet, un diagnostic d'après coup, si je puis ainsi dire: ce n'est pas d'emblée qu'au lit d'un prétendu pneumonique vous pouvez dire: ceci n'est que la fluxion de poitrine. Il entre dans ce diagnostic trop d'appréciations survenant à des époques diverses de l'évolution de la maladie, pour qu'on puisse se prononcer sur le champ. Mais s'habituer à rectifier son diagnostic et à le porter avec précision, même quand le mal est éteint, est chose digne du médecin. Et si vous ne devez pas toujours dire pneumonie, vous ne devez pas non plus dire toujours fluxion de poitrine. *In medio et in veritate virtus!*—(*L'Abeille Médicale*).

GRASSET.—*Anatomie clinique des centres nerveux*, par le Dr GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 1 vol. in-16 carré de 96 pages, avec 11 figures, cartonné, (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)..... 1 fr. 50.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

RÉTENTION DES MEMBRANES.

De M. le professeur Pierre BUDIN.

(Suite et fin.)

Depuis longtemps, on faisait la délivrance par traction et on avait remarqué qu'il ne fallait pas intervenir trop tôt. Créde—un Allemand descendant d'une famille huguenote française — a conseillé de faire l'expression avec les deux mains. Aussitôt qu'il se produit une contraction, on fait ainsi sortir l'arrière-faix. C'est là ce que l'on a appelé la délivrance par expression, la méthode de Créde.

Mais on n'était pas d'accord sur le moment de pratiquer cette délivrance par expression. Fallait-il opérer tout de suite, ou fallait-il attendre?—Créde opérerait immédiatement, mais les faits viennent démontrer que ce n'est point là la meilleure pratique. En effet, en se pressant pour faire l'expression, on obtient les résultats les moins favorables. Ainsi, en faisant l'expression entre une et cinq minutes après l'accouchement, on a la rétention des membranes dans la proportion de 8 pour 100. L'expression faite entre cinq et dix minutes après l'accouchement donne 3 pour 100 de cas de rétention des membranes, et cette même expression faite après trente minutes donne à peine 1 pour 100 de cas de rétention des membranes.

La conclusion de cela est que, lorsque vous ferez la délivrance, il faudra attendre le plus longtemps possible, que vous employiez la traction, l'expression ou les deux méthodes combinées. C'est d'ailleurs ainsi que l'on fait aujourd'hui.

Tous les débutants se pressent de faire la délivrance. Ils ont hâte de se débarrasser; c'est une faute. N'allez pas vite, ne vous pressez pas, sachez attendre et vous aurez ainsi peu de rétention des membranes.

Mais en quoi consiste la rétention des membranes? Y a-t-il rétention de la masse totale, de deux membranes ou seulement d'une membrane? Tous les cas peuvent se présenter. Quelquefois ce sera seulement la caduque qui sera retenue. Dans d'autres cas, avec la caduque il y aura aussi le chorion, et même aussi l'amnios.

Examinez donc toujours le délivre expulsé avec le plus grand soin, afin de savoir s'il comprend bien l'amnios seul ou l'amnios et le chorion. Habituellement, si le chorion est resté seul (sans l'amnios) dans la cavité utérine, il se détache assez facilement par lambeaux et tombe avec la caduque.

Quelles sont les conséquences de la rétention des membranes?—Hippocrate, déjà, s'en est occupé et il en signale les dangers.—Peu prétend que la rétention des membranes est plus grave même que

celle de portions du placenta. — Puzos s'est efforcé de démontrer l'innuité et le danger de l'introduction de la main pour enlever les membranes de la cavité.

Il faut distinguer cependant et ne pas croire que—à notre époque—la rétention des membranes est toujours suivie d'accidents. Nous disposons de moyens que n'avaient pas nos devanciers et nous pouvons éviter bien des dangers contre lesquels ils étaient sans défense. Les faits sont là. Il y a les cas où il y a eu antiseptie *bien faite* et pas d'infection produite, et les cas au contraire où il y a eu infection.

Dans les premiers cas, le plus souvent, les femmes ont des tranchées, quelquefois des hémorrhagies et les membranes sont expulsées sans autre accident, sans qu'il se soit produit la moindre élévation de température.

Mais si, au contraire, on n'a pas fait une antiseptie suffisante, ou si cette antiseptie a été trop tardive, en un mot s'il y a eu infection, on a des lochies fétides, des frissons, de la fièvre, et la température monte à 38, 39, 40 et même jusqu'à 41 degrés. L'état général est mauvais et, si vous pratiquez le toucher, vous voyez qu'un doigt, souvent même deux doigts peuvent pénétrer facilement dans l'intérieur de l'organe et, quand vous les retirez, vous constatez qu'ils ont pris une odeur particulière de putréfaction très prononcée. Si l'infection est profonde, elle peut être suivie d'accidents graves comme la salpingite ou la salpingo-ovarite, d'accidents qui même peuvent être mortels. En consultant les livres d'Hervieux, de Siredey, vous y verrez des observations de malades ayant succombé à la suite d'accidents de cette nature.

Il se produit de la friabilité des membranes par suite de putréfaction et la présence de matière putrides dans la cavité utérine détermine les accidents que je viens de vous indiquer et peuvent même causer la mort. Il y déjà quinze ans que Siredey a signalé des faits de cet ordre et M. Hervieux en cite des observations dans son livre écrit il y plus de vingt ans.

Le danger est donc très grand et les accidents sont très fréquents dans les cas de rétention des membranes, s'il y a infection et si l'on n'intervient pas efficacement.

Mais comment interviendrez-vous ? Je vous répèterai d'abord : Ayez de la patience, comme je vous l'ai déjà dit. Mais si, cependant, la délivrance a été mal faite, ou si, malgré tout, il y a des adhérences et de la rétention des membranes, faut-il intervenir et comment devez-vous intervenir ?—Différents procédés ont tour à tour été préconisés. On a dit qu'il fallait tordre les membranes, afin de leur donner plus de résistance, et tirer ensuite. Ce n'est pas là un très bon moyen. Généralement les membranes cèdent, malgré la torsion que l'on a exercée sur elles et se déchirent—ce qui n'est pas une solution.

On a aussi indiqué, comme d'ailleurs l'a conseillé M. Tarnier, d'appliquer un fil sur les membranes, de les attacher, en ayant soin de couper la partie de ces membranes au niveau de la vulve. On espère qu'après peu de temps tout le paquet de membranes retenu arrivera à son tour. Certainement cela peut réussir quelquefois.

mais quelquefois aussi, quand le lendemain on veut tirer sur le fil, on fait bien venir les membranes qui étaient dans la cavité vaginale, mais elles arrivent seules, et le reste, ce qui était dans l'utérus, ne sort pas. C'est donc là un procédé qui réussit dans quelques cas, mais qui n'est pas sans être dangereux, parce que, si l'antisepsie n'est pas parfaitement faite, les fragments des membranes retenus par le fil et qui se trouvent au dehors peuvent s'infecter et porter l'infection au dedans.

On a conseillé encore d'introduire la main pour aller détacher les adhérences; mais neuf fois sur dix les membranes ne se détachent pas. Quelques accoucheurs ont bien donné le conseil de se servir de pinces pour aller saisir les membranes: mais je n'hésite pas à vous dire qu'il faut le moins possible introduire des instruments dans l'utérus, cela est dangereux. Le curetage, qui avait été essayé dans ce cas, a été absolument abandonné comme offrant des dangers.

J'ajouterai enfin que si l'on a très bien fait l'antisepsie, on n'a pas d'accidents à craindre, et que l'on peut faire de l'expectation sans s'exposer à des catastrophes.

Il y a une dizaine d'années, on a conseillé de déchirer, d'enlever les membranes qui sont dans le vagin, et de laisser celles qui sont dans l'utérus, de ne point s'occuper d'elles. On fait une bonne antisepsie et le plus habituellement l'expulsion se fait au bout de quelques temps sans accidents aucun.

C'est ainsi que je procède.

Résumons la conduite à tenir lorsqu'il y a rétention des membranes sans infection: si les membranes ne sont pas adhérentes, les détacher; si au contraire elles adhèrent, détacher toutes celles qui se trouvent dans la cavité vaginale, faire une antisepsie rigoureuse et attendre avec patience que les parties retenues se détachent.

Mais s'il y a infection, si l'on a des accidents, que faire?—Alors la curette pourra être employée; les dangers auxquels expose l'infection étant considérables, il faut avant tout les éviter.

Au siècle dernier, on avait essayé des injections intra-utérines, dans ces cas-là, mais on les avait bientôt abandonnées à cause des accidents qu'elles avaient provoqués. Nous n'avions pas, il est vrai, à cette époque, les procédés dont nous disposons aujourd'hui.

En 1884 j'ai fait fabriquer une sonde spéciale à injection intra-utérines—vous la connaissez—qui permet au liquide injecteur de sortir sans sans qu'il y ait d'efforts à faire. Au moment où je fis faire cette sonde, je n'avais pas d'observations pour la recommander. Depuis j'en ai recueilli de nombreuses qui sont venues démontrer l'innocuité de cette sonde avec laquelle je n'ai jamais eu d'accidents.

M. Dubour en 1886, dans sa thèse, a publié un certain nombre d'observations dans lesquelles cette sonde a été employée; toutes les femmes ont guéri.

On peut donc faire des injections intra-utérines. Mais nous allons même plus loin aujourd'hui. Les injections n'enlèvent les membranes retenues qu'après trois ou quatre jours, et nous croyons qu'il vaut mieux les enlever tout de suite.

Pour enlever les membranes (dans les cas où il y a infection) je

me sers d'écouvillons un peu résistants, légèrement recourbés. On endort la femme. L'écouvillon introduit, on lui fait faire des mouvements en avant, en arrière, et on tourne de manière à ce que toutes les parties de la cavité utérine soient balayées. On retire le premier écouvillon, pour en introduire un second, un troisième, un quatrième, s'il le faut, jusqu'au moment où il ne reste plus rien dans l'utérus, si plus rien ne vient.

Si donc on m'apporte une femme infectée, je n'hésite pas. Je l'accouche et aussitôt après l'accouchement je fais un écouvillonnage minutieux, j'enlève tout ce qui peut être resté dans l'utérus, je fais après un lavage soigneux de la cavité et je mets un tampon d'ouate iodoformée.

Si par hasard, malgré tout cela, il était resté encore un peu d'infection, on ne tarderait pas à en être prévenu par une élévation de température au bout de trois ou quatre jours. Quand je constate cette élévation de température, je procède à un nouvel écouvillonnage, à un nouveau lavage complet de la cavité utérine.

N'hésitez donc pas, quand une femme infectée vous est apportée ou que vous êtes appelés auprès d'elle : Aussitôt après l'accouchement, suivez l'exemple que je vous donne, faites un écouvillonnage comme je viens de vous l'indiquer, vous aurez ainsi les plus grandes chances de ne pas avoir d'accidents du tout. — *Journal des Sages-Femmes.*

RELACHEMENT DES SYMPHYSES ET ARTHRALGIES PELVIENNES D'ORIGINE GRAVIDIQUE.

“ De toutes les maladies des femmes enceintes, disent MM. Tarnier et Budin, dans leur *Traité de l'art des accouchements*, il n'en est aucune plus commune, ni de plus communément ignorée que le relâchement des symphyses au cours de la grossesse ou après elle.”

M. le Dr Louis Cantin a recueilli, dans le service de M. Bonnair, de nombreux documents qui lui ont permis d'étudier cette question très discutée.

On sait qu'il existe physiologiquement un certain degré de relâchement des symphyses. Mais cet écartement ne dépasse guère un millimètre, et c'est au-delà de ce chiffre que l'écartement devient pathologique... M. Cantin a trouvé cette dernière dans environ 160^e des cas de grossesses où il l'a recherchée, c'est-à-dire dans 400 cas.

Les symptômes sont d'ailleurs loin d'être en rapport avec l'étendue du relâchement. Il semble qu'à celui-ci vienne s'ajouter un certain degré d'inflammation douloureuse. On observe tout d'abord une difficulté des mouvements des membres inférieurs. Les malades disent que depuis plus ou moins longtemps, le plus souvent à partir du troisième ou quatrième mois, elles se fatiguent plus vite, elles se tiennent moins aisément debout ou assises. Assises, elles font un effort douloureux pour se relever de leur chaise ou de leur fauteuil; couchées, il leur est tout aussi difficile de s'asseoir. Cela leur est particulièrement pénible le matin au réveil, lorsqu'elles veulent s'asseoir sur leur lit avant d'en descendre. Non seulement elles ne peuvent sauter à cloche-pied, mais si elles sont debout devant l'observateur

teur, que celui-ci leur commande de se tenir sur un pied, aussitôt il les verra fléchir. ou bien, pour éviter une chute, elles reposeront aussitôt sur le sol le pied qui vient d'être soulevé.

Mais c'est surtout dans la marche que se révèlent les signes les plus frappants. Outre la difficulté que les malades ont à marcher quelque temps, elles ont une démarche de palmipèdes. Elles vont comme le canard (Sévérin Pineau), en rejetant alternativement le corps d'un côté et de l'autre.

Les choses peuvent aller plus loin et Tarnier cite des femmes qui ne pouvaient faire quelques pas dans leur chambre, qu'en maintenant leur bassin avec leurs deux mains qu'elles y appliquaient étroitement, l'enserrant comme pour l'empêcher de se disloquer. Ces malades sont obligées, pour avancer, de s'appuyer aux murs, de s'accrocher à tous les meubles qu'elles rencontrent sur leur passage, ou bien elles ont recours à des béquilles, et utilisent tous les subterfuges possibles.

C'est la douleur qui est le principal signe du relâchement de la symphyse.

Pour dénoncer la douleur, la femme étant placée dans le décubitus dorsal, on appuie la pulpe de l'index ou du pouce, d'abord sur les parties latérales du pubis ; si la femme ressent de la douleur et n'en manifeste pas en d'autres points plus éloignés de la symphyse, on peut admettre que l'impression vient des ligaments antérieurs intéressés. Puis on continue vers le milieu du pubis, en plein centre du mont de Vénus, d'abord vers le bord supérieur de l'os. C'est là qu'on doit provoquer le maximum de souffrance, et là seulement qu'on trouvera le signe certain. Au moment de la pression, la femme se plaindra vivement et cherchera à se dérober à l'action du doigt.

On peut explorer de même les symphyses sacro-iliaques, quoique avec plus de difficulté.

Un autre procédé consiste à presser sur un des côtés du bassin ou encore à frapper d'un coup de poing le grand trochanter ; on déterminera ainsi parfois la douleur au niveau des symphyses.

Enfin le toucher vaginal permet aussi de trouver un point douloureux de la symphyse. Mais ce dernier procédé est surtout utile pour reconnaître la mobilité anormale des deux branches du pubis. M. Budin a décrit ainsi qu'il suit le procédé qu'il a employé ;

La femme étant debout, on introduit le doigt dans le vagin et, la pulpe de l'index étant dirigée en haut, exactement appliquée sur le bord inférieur de la symphyse, on fit marcher la malade. A chaque pas on sentait une des branches osseuses qui chevauchait, descendait considérablement et refoulait en bas le doigt ; puis cette branche remontait et c'était elle qui à son tour descendait. La branche qui restait élevée correspondait à la jambe qui, demeurée immobile, servait de soutien au tronc ; la branche qui descendait correspondait au contraire au membre inférieur qui se déplaçait et progressait.

Ce relâchement, qui se développe peu à peu à partir du sixième mois de la grossesse, va en progressant jusqu'à l'accouchement qui l'augmente et lui donne comme un coup de fouet.

Il s'atténue ensuite et les articulations recouvrent leur état nor-

mal lorsque l'utérus reprend son volume initial, mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

Baudelocque, Lenoir, Courty, Robert, Charpentier et bien d'autres, ont cité des cas où l'affection avait duré 9 mois, 18 mois, 2 ans, toute la vie. Une femme de soixante-dix ans, vue par Robert, était condamnée depuis l'âge de vingt ans, époque de son premier accouchement, à ne pas quitter sa chambre; elle s'y traînait de meuble en meuble.

Ce qui est très particulier au point de vue du diagnostic, c'est que quand les malades viennent consulter leur médecin, elles disent souffrir dans le bas-ventre, dans les reins, dans les cuisses. Si on leur demande depuis quand, elles font remonter leurs douleurs à une date fixe, ou bien elles les attribuent à une congestion, à une inflammation, et le plus souvent à un début d'avortement. En somme elles font tout ce qu'elles peuvent pour tromper involontairement le médecin et souvent celui-ci leur fait suivre un traitement pour une affection qu'elles n'ont pas. Tarnier n'enseignait-il pas qu'il n'est pas de maladie plus fréquente, ni de plus fréquemment ignorée!

Aussi faut-il être bien prévenu de ce fait, car nombre d'affections douloureuses abdomino-pelviennes peuvent être confondues avec le relâchement douloureux des jointures du pelvis.

Le traitement, s'il s'agit de relâchement pendant la grossesse, ne peut être réalisé que par le repos.

Après la grossesse, il faut presque toujours avoir recours aux divers moyens de contention applicables en pareil cas, depuis le simple bandage du corps ou la ceinture de gymnastique jusqu'aux ceintures beaucoup plus compliquées imaginées pour remédier à cette infirmité.

(Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques).

INVITATION A LA PROFESSION MÉDICALE.

A l'une des séances subséquentes du Comité d'Etudes, M. DUBÉ a fait un appel à la profession que nous transcrivons ici. Le Comité d'Etudes, a-t-il dit, n'est pas un comité exclusif, mais il est ouvert à tous les médecins; ses séances sont des réunions amicales où chacun apporte sa quote part de faits ou d'observations. Il serait donc bon de faire savoir dans tous les journaux de médecine que le Comité est ouvert à tous, et que tous les médecins sont les bienvenus. Engageons nos amis à venir; l'intérêt des séances s'en augmentera d'autant. Les médecins qui habitent la campagne, et qui ne sont pas toujours capables de se déplacer pourront, s'ils le désirent, envoyer des communications écrites, qui seront lues par le secrétaire, le Dr S. Boucher, ou par quelqu'un de leurs amis. Cet appel à la profession a été endossé chaleureusement par tous les membres présents. Le Comité siège maintenant tous les mardis soirs, à 8.30 heures p. m. à l'Université Laval.

REVUE D'HYGIÈNE

LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. (1)

Par E. P. LACHAPPELLE, M. D.

*Chevalier de la Légion d'Honneur, Président du Conseil d'Hygiène de la
Province de Québec.*

Mesdames,

Messieurs,

Il me serait impossible de traiter d'une façon un peu complète le vaste sujet de la tuberculose humaine durant les quelques minutes qui me sont allouées. Il me faut donc forcément me limiter, et j'ai choisi de préférence la partie hygiénique du sujet, comme étant la plus propre à vous intéresser et comme offrant le plus d'intérêt immédiat et pratique. Les mesures préventives à prendre, pour se protéger contre les atteintes de ce terrible fléau, c'est-à-dire, la prophylaxie de la tuberculose, voilà ce que je désire vous exposer cette après-midi, aussi brièvement que possible, après vous avoir donné quelques notions très sommaires sur la nature même de cette maladie.

Nature de la tuberculose.

La tuberculose est restée fort mal connue jusqu'à ces dernières années. On a cru, pendant très longtemps, que c'était une maladie héréditaire et fatale, qu'il fallait subir sans résistance, les divers traitements conseillés ne pouvant rien contre elle. Suivant ces données, le tuberculeux était voué à la maladie dès sa naissance, elle devait fatalement éclater tôt ou tard chez lui, et rien alors ne pouvait le sauver des conséquences ultimes de son mal. C'était une erreur d'autant plus grave qu'elle paralysait et l'intervention du médecin, en lui ôtant toute confiance, et l'énergie du malade, en lui enlevant tout espoir. Il était réservé à la médecine de nos jours, guidée par les découvertes de Villemin et de Koch, de prouver que la tuberculose est une maladie contagieuse, évitable et curable, et d'ouvrir ainsi un vaste champ d'activité à l'hygiène et à la thérapeutique modernes.

La tuberculose est due à un microbe, le bacille de Koch, voilà le premier fait éclatant qu'il faut mettre au-dessus de tous les autres.

(1) Conférence donnée à une assemblée publique, convoquée à Montréal, par le Bureau Local du Conseil National des Femmes du Canada.

C'est une maladie microbienne, infectieuse et par conséquent contagieuse. On ne devient pas tuberculeux par hérédité, par tradition de famille, mais on contracte la maladie par accident, par contagion. On peut bien tenir de sa famille une prédisposition à la maladie, mais rien de plus, et encore, peut-on affirmer aujourd'hui que la chose n'existe guère que par exception et, qu'alors, l'on peut fort bien corriger cette prédisposition par une hygiène convenable, de même que l'on peut, par des mesures préventives suffisantes, éviter la contagion et rendre stérile la prédisposition morbide. Il n'y a pas de tuberculose sans contagion.

Néanmoins, la tuberculose est encore celle qui de toutes les maladies exerce les plus grands ravages. Elle entre pour plus d'un septième dans la mortalité de l'univers. Dans notre province de Québec, qui est pourtant un pays relativement sain, on compte au-delà de trois mille décès annuels par la tuberculose, ce qui représente un dixième de tous les décès. Aucune des maladies contagieuses ou épidémiques les plus redoutables, le choléra, la peste, la variole, la diphtérie, n'entre pour une part aussi importante dans la mortalité du genre humain.

On peut dire que sur sept personnes, il en meurt plus d'une par la tuberculose, et que presque chaque famille contribue à cette hécatombe. Seule, une maladie contagieuse peut exercer des ravages aussi étendus, mais elle ne peut les exercer qu'à la condition qu'on ne prenne aucune mesure de protection contre elle. Je dirai plus, la mortalité par la tuberculose n'est si considérable que parce qu'on ne sait pas la soigner. C'est une maladie qui a une tendance naturelle vers la guérison, quand on place le malade dans les conditions voulues. La meilleure preuve que l'on puisse donner de la curabilité de cette maladie, c'est que l'on trouve très fréquemment, en examinant les organes de personnes mortes de toute autre maladie, des cicatrices tuberculeuses aux poumons et, très souvent, ces personnes n'avaient pas même soupçonné durant leur vie, être atteintes de tuberculose. La preuve encore que la tuberculose est curable, c'est la proportion considérable de tuberculeux qui sortent guéris des sanatoria. Tous les médecins spécialistes sont d'accord sur ce sujet : la tuberculose pulmonaire, à la première, et même à la deuxième période, lorsque les lésions ne sont pas trop étendues, est curable.

Je n'insiste pas davantage sur cette question, car je désire m'occuper surtout de la contagion de la tuberculose et des moyens de la prévenir.

Pour devenir tuberculeux, deux conditions sont nécessaires :

1° Il faut d'abord un terrain favorable ou une prédisposition, et c'est ici que l'hérédité a pu intervenir pour préparer le terrain. Mais l'hérédité n'est pas nécessaire : les enfants, grâce à leur peu de résistance, sont une proie facile à la tuberculose ; il en est de même des personnes débilitées par une mauvaise hygiène, par du surmenage, ou à la suite de maladies aiguës ou chroniques. Ces personnes, exposées aux causes de contagion, auront beaucoup moins de résistance que d'autres.

2° Il faut ensuite qu'il y ait inoculation du microbe, c'est-à-dire contagion. Cette contagion se fait habituellement de deux manières, comme pour la plupart des maladies contagieuses. Le bacille tuberculeux pénètre dans les voies digestives avec les aliments, ou bien il est inspiré dans les poumons avec l'air contaminé. S'il vient en contact avec une surface dénudée, l'inoculation se fait ; et, si le terrain est favorable, c'est-à-dire, s'il y a prédisposition, le microbe se multiplie, et nous avons un tuberculeux de plus.

C'est sur ces données générales que repose toute la prophylaxie de la tuberculose, que je vais tâcher maintenant de vous exposer d'une manière sommaire.

Prophylaxie de la tuberculose.

La prophylaxie de la tuberculose aura donc pour but, en premier lieu, de corriger chez les individus le terrain favorable ou la prédisposition, ou, si vous aimez mieux, de rendre réfractaires les prédisposés, et en second lieu, de nous protéger par tous les moyens possibles contre la contagion par les aliments et par l'air. Ce sont ces divers moyens prophylactiques que je vais maintenant passer en revue.

Modification du terrain.

Et d'abord, comment rendre réfractaires à la tuberculose ceux qui y sont prédisposés ?

C'est ici le point de départ des mesures de prévention à prendre contre la tuberculose. Si nous voulons organiser la résistance contre l'ennemi commun, commençons par l'enfant, le plus faible et le plus exposé. Mettons-le dans les conditions nécessaires pour que sa santé se développe, lui donne une forte et résistante constitution, et corrige chez lui les tares héréditaires ou accidentelles qui dépriment sa vitalité. Et pour atteindre ce but, voyons à ce que, dans la famille et à l'école, il soit placé dans un milieu favorable.

À l'école, évitons pour lui l'encombrement, la mauvaise ventilation, l'insalubrité de l'immeuble, toutes causes propres à vicier l'air qu'il respire. Voyons à ce que ses camarades ne lui apportent pas les maladies contagieuses qui peuvent exister dans leurs familles. Que ses maîtres éclairés sachent veiller sur lui, et lui éviter le surmenage ainsi que les imprudences.

Dans la famille, vulgarisons autant que possible les notions élémentaires d'hygiène infantile, afin que la sollicitude des parents, devenue encore plus éclairée, sache reconnaître chez les enfants les défauts du tempérament ou de la constitution, connaisse tous les dangers des prédispositions héréditaires, et soit en état d'appliquer les moyens de correction efficaces. Le repos mental, l'exercice physique, l'alimentation appropriée, le séjour à la campagne, le changement de climat, si c'est nécessaire, rendront dans une foule de circonstances de signalés services, et rétabliront dans son équilibre normal la santé compromise d'un enfant. Et pour les enfants pauvres,

misérables, abandonnés, les rachitiques, les scrofuleux, demandent à la philanthropie la création d'établissements spéciaux à la campagne, au bord de la mer, comme on en voit dans les pays d'Europe.

Tels sont les moyens que l'on emploie aujourd'hui pour tonifier l'enfance et limiter pour le futur le champ d'extension de la tuberculose.

Chez l'adulte, on s'intéressera aux convalescents de maladies graves, aux surmenés, à tous les débilités, et l'on aura soin de les mettre dans un milieu favorable qui leur permette de refaire promptement leurs forces. On leur donnera un régime de vie approprié, une alimentation saine et du repos. Lorsque la chose est possible on les enverra à la campagne, vivre au grand air, souvent même on leur conseillera un voyage. Enfin, on fera en sorte qu'ils attendent que toutes traces de leur maladie aient disparu et que les forces soient revenues, avant de les laisser reprendre leur train de vie habituel, qui souvent les expose à la contagion.

Maintenant que nous connaissons les dangers de la prédisposition héréditaire ou acquise et la nécessité de la corriger, voyons quels sont les moyens les plus efficaces que la science et l'expérience mettent à notre disposition pour nous protéger contre la contagion, soit par les aliments, soit par l'air, qui, comme nous l'avons vu, sont les agents les plus habituels de transmission de la tuberculose.

Mesures préventives contre la contagion.

Tous les aliments ne sont pas susceptibles de contenir le bacille tuberculeux. Les légumes, les féculents, les céréals ne sauraient en aucune manière être incriminés. Le danger nous vient surtout des bestiaux qui, comme l'homme, sont sujets à la tuberculose. C'est même un fait admis que la tuberculose bovine est très répandue, et l'on n'est jamais certain, à moins de prendre des précautions exceptionnelles, que la viande, le lait, le beurre ou le fromage qu'on achète, ne proviennent pas d'animaux tuberculeux et ne sont pas par conséquent dangereux pour notre santé. Le danger, cependant, est variable. Ainsi la viande est très rarement tuberculeuse, et comme on la fait cuire d'habitude avant de la consommer, le danger est pour ainsi dire nul. Le beurre et le fromage, quoique plus suspects, ne sont pas souvent mis en cause. C'est surtout le lait, provenant du pis tuberculeux de vaches laitières, qui contient d'habitude le microbe, car la mammite tuberculeuse est fréquente chez la vache. Il en résulte ce fait important que le lait, base de la nourriture des êtres humains les plus fragiles, les moins résistants, je veux dire les enfants, devient facilement pour eux, lorsqu'il est contaminé, un danger mortel. Sur les milliers de jeunes enfants qui meurent chaque année, combien tombent victimes du microbe tuberculeux, caché dans le lait qu'on leur a donné à boire. C'est là, chez les enfants, le mode habituel de contagion, et d'autant plus efficace qu'il atteint des êtres sans défense, sans résistance aucune, qui trouvent ainsi le germe de la mort dans l'aliment qui devait assurer leur existence.

Je n'entrerai pas dans tous les détails des mesures de protection qu'exige l'alimentation de la première enfance. La recherche, par l'épreuve de la tuberculine, de la tuberculose chez les vaches laitières, l'inspection des troupeaux et des laiteries, la surveillance de la distribution du lait, les précautions à prendre contre l'adultération, autant de questions d'une importance majeure, qui n'ont cependant pas leur place ici. Au point de vue pratique, et pour la protection du bébé dans la famille, ce que je voudrais proclamer bien haut, c'est que, pour aucune considération, on ne devrait donner du lait cru à un bébé. Il faut bien se rappeler que le contrôle des animaux tuberculeux est impossible à établir, que l'on n'est jamais sûr de la provenance du lait, à moins d'être soi-même propriétaire de l'animal, et dans ces conditions, mieux vaut faire bouillir le lait destiné à un bébé, que de lui faire courir les risques d'une contagion fatale. La stérilisation du lait est d'application facile dans les familles et peu dispendieuse : il s'agit de savoir comment la mettre en pratique et surtout d'avoir la volonté de s'en servir. Les dangers que le lait fait courir à l'enfant sont tellement considérables que, lorsque l'on donne à l'enfant l'allaitement artificiel, personne n'est excusable de ne pas stériliser, ou pasteuriser ce lait. C'est une des conditions *sine qua non* de la protection de la première enfance.

Contagion par l'air inspiré : les crachats.

Chez les adultes, la tuberculose se propage plutôt par l'air qu'ils respirent que par les aliments qu'ils absorbent. Ce n'est plus ici les bestiaux qu'il faut accuser, mais les tuberculeux eux-mêmes, qui sont par leurs crachats des foyers actifs de contagion. Les bacilles tuberculeux sont rejetés des poumons des phtisiques par l'expectoration ; les crachats se dessèchent, les bacilles font alors partie de la poussière des rues et des habitations ; ils sont mis en mouvement par le vent ou le balayage ; ils flottent dans l'air, et pénètrent dans le poumon de personnes jusqu'alors en bonne santé, pour y recommencer leur œuvre néfaste. Voilà dans toute sa netteté un fait scientifique établi d'une manière incontestable, et qui sert de base à l'un des moyens les plus rationnels de prévenir la tuberculose, la destruction des crachats. C'est cette donnée scientifique qu'il faut inculquer dans l'esprit de tous : *le tuberculeux est dangereux par ses crachats*. Comme le dit avec beaucoup de justice le secrétaire de la Ligue française contre la tuberculose, "le phtisique n'est aucunement dangereux par son contact, ni par son voisinage, ce n'est ni sa personne ni son haleine qui sont nocives, on peut causer avec lui de longues heures, vivre avec lui pendant des années, et même coucher dans sa chambre et lui donner les soins les plus constants sans courir de risque sérieux, à la condition de prendre certaines précautions dont la principale est de recueillir son expectoration, et de ne pas attendre pour détruire ses crachats qu'ils se soient desséchés et répandus en poussière dans l'atmosphère." Le crachat, voilà l'ennemi. C'est un moyen de contagion des plus dangereux et, il faut bien le dire, des plus fréquents. Voici sur cette question ce que disait le Congrès de la tuberculose tenu en

1888, dans une circulaire adressée au public : " La source contagieuse la plus fréquente et la plus redoutable réside dans les crachats de phtisiques. A peu près inoffensifs tant qu'ils restent à l'état liquide, c'est surtout lorsqu'ils sont réduits en poussière qu'ils deviennent dangereux. Ils revêtent promptement cette forme lorsqu'ils sont projetés sur le sol, le plancher, les carreaux, les murs ; lorsqu'ils souillent les vêtements, les couvertures, les objets de literie, les rideaux, etc., ou sont reçus dans les mouchoirs, serviettes, etc. C'est alors que, desséchés et pulvérulents, ils sont mis en mouvement par le balayage et l'époussetage, le battage et le brossage des étoffes, des meubles, des couvertures, des vêtements. Cette poussière suspendue dans l'air pénètre dans les voies respiratoires, se dépose sur les surfaces cutanées et muqueuses dépourvues de leur vernis épidermique, sur les objets usuels servant aux usages alimentaires, et devient ainsi un danger permanent pour les personnes qui séjournent dans l'atmosphère ainsi souillée."

Chaque phtisique est donc un foyer de contagion dangereux, et l'on comprend que la tuberculose ait pu s'étendre avec une tenacité si extraordinaire dans toutes les couches de la population, lorsque l'on sait que de tout temps les phtisiques ont *craché partout* avec la plus entière liberté. Aujourd'hui le danger est connu, démontré, il n'y a plus de raison pour que cet état de chose persiste.

Mais, me direz-vous, on ne peut pas empêcher un phtisique de cracher. C'est vrai ; mais on peut empêcher que ses crachats soient nuisibles aux autres. Et facilement. La science nous donne aujourd'hui sur ce sujet des données très précises. Et, en ce faisant, non seulement elle nous rend un immense service en nous fournissant un moyen puissant de protection, mais encore elle vient au secours du tuberculeux lui-même et l'empêche de se réinfecter par ses propres crachats, augmentant ainsi d'autant ses chances de guérison.

La lutte contre les crachats des tuberculeux doit s'efforcer de couvrir les points suivants :

1° Convaincre tous et chacun qu'il est nécessaire de prendre les plus grandes précautions au sujet des matières expectorées par les phtisiques. Ne jamais laisser cracher ces malades par terre. De préférence, leur donner un crachoir de poche spécial, facile à manier et à nettoyer ; ou bien les faire cracher dans des crachoirs contenant des liquides désinfectants et non pas des substances sèches comme la cendre, la sciure de bois. Les crachoirs sont vidés tous les jours dans le feu ou dans les cabinets d'aisance, et nettoyés à l'eau bouillante additionnée de bicarbonate de soude. Les malades ne doivent pas cracher dans leurs mouchoirs. Ceux-ci cependant, de même que tout le linge des tuberculeux, doivent être jetés dans un vase rempli d'une solution désinfectante en attendant qu'ils soient bouillis, et avant d'être mis au linge sale.

2° Travailler activement à supprimer les crachats dans les lieux publics : églises, écoles, magasins, bureaux, théâtres, tramways, etc., et pour cela, généraliser l'emploi des crachoirs hygiéniques contenant des solutions antiseptiques.

3° Enfin, faire à ce sujet l'éducation du public. Signaler à tout le monde le danger extrême des crachats des phtisiques et la nécessité de s'en protéger, afin de rendre plus facile l'exécution des règlements d'hygiène formulés par les bureaux de santé, les compagnies de chemin de fer et de tramway, les grandes maisons de commerce, les administrations, les ateliers, etc.

Désinfection des chambres et des logis.

Le danger des crachats des phtisiques comporte encore une autre indication, c'est la désinfection des chambres et des logis habités par les malades.

Dans les familles où l'hygiène est mise en pratique, cette mesure est d'application facile ; non seulement on prendra les soins voulus pour que les crachats du malade ne souillent pas le plancher, les murs et les objets de literie, en plaçant à sa portée des crachoirs contenant des solutions antiseptiques, mais encore on disposera la chambre de manière à faciliter le lavage du parquet et des cloisons, en enlevant tout ce qui peut conserver la poussière : tapis, rideaux, tentures, etc..... Et la mort, ou le départ du phtisique sera suivie d'une désinfection complète de la chambre habitée par lui.

Mais combien de fois aussi ces mesures de prudence ne sont pas mises en pratique. Et il arrive alors de deux choses l'une : ou bien la chambre souillée est habitée par une autre personne de la famille, ou bien la famille abandonne le logis, qui passe à d'autres locataires. Mais le bacille tuberculeux demeure caché dans la poussière des recoins, conservant toute sa virulence et prêt à saisir d'autres victimes à l'occasion.

On ne saurait trop insister sur ces faits et sur l'importance qu'il y a, quand on s'installe dans un logis nouveau, déjà habité par d'autres personnes, d'en faire au préalable la désinfection. Ceci est plus important, beaucoup plus important que le grand ménage habituel dans ces circonstances ; car il ne s'agit pas seulement de rendre le logis propre et brillant, mais il s'agit encore de détruire les germes de maladies contagieuses qui ont pu être laissés par les précédents locataires. Rappelons-nous que ces germes sont nombreux, et que, là où il y a eu des malades atteints de ces maladies, on peut trouver par la suite les microbes de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la diphtérie, de la tuberculose, etc., disséminés dans les poussières de l'appartement.

Déclaration des cas de tuberculose.

Dans quelques villes, et à New-York en particulier, on exige la déclaration des cas de tuberculose, afin justement d'obvier au danger que je vous signale. Les logis infectés sont désignés au public par des affiches, ils sont désinfectés après la mort ou le départ du

malade, et, lorsque la famille quitte le logis, le propriétaire est même tenu, dans certaines circonstances, de faire des réparations spéciales, tel que renouveler le papier collé sur les murs. Dans la Province de Québec, la déclaration des décès causés par la tuberculose est obligatoire, afin de permettre la désinfection des logis infectés, mais la déclaration des cas de tuberculose n'est pas imposée par les règlements.

D'ailleurs, il n'est pas encore démontré que la déclaration des cas de tuberculose soit un moyen efficace de prophylaxie. Je crois même que dans certains cas c'est une mesure inutile et même nuisible ; par exemple, quand le tuberculeux est un travailleur, nécessaire au soutien de la famille. En effet, il ne faut pas oublier, qu'à l'encontre des autres maladies contagieuses, la tuberculose est une maladie chronique qui peut évoluer pendant des mois et des années, sans rendre le malade incapable de vaquer à ses occupations. Le tuberculeux, s'il sait prendre les mesures nécessaires, s'il sait contrôler ses crachats, n'est pas dangereux. En le signalant aux autorités, on risque de lui faire perdre son emploi, on lui inspire naturellement l'idée de cacher son mal, et on l'empêche de se faire soigner, par crainte de révéler sa maladie. C'est un mal que ne compense pas l'avantage problématique de la déclaration. Ne vaut-il pas mieux procéder par un autre moyen et, suivant les conseils de sir Thorn Thorn, en Angleterre, et de l'Académie de Médecine, en France, gagner la confiance de ce tuberculeux et faire son éducation, afin qu'il sache se rendre inoffensif ?

Avant toute chose, instruisons la population sur les moyens de prophylaxie de la tuberculose. La médecine a déjà fait sa part, par ses découvertes et ses bons conseils. Faisons plus encore. Vulgarisons les notions d'hygiène : à l'école d'abord, par un cours élémentaire et bien expliqué ; dans la famille ensuite, par de la littérature populaire, des propagandes personnelles, des conférences publiques et gratuites dans les quartiers populeux. C'est le meilleur moyen de diffuser les mesures hygiéniques, de les faire comprendre, de les faire adopter de bonne volonté, sans contrainte, sans provoquer de résistance.

Le Sanatorium.

Je n'aurais pas accompli toute la tâche que je me suis proposée : vous faire connaître les moyens les plus efficaces de protection contre la tuberculose, si, avant de terminer, je ne vous disais quelques mots du sanatorium.

Au point de vue de l'éducation du public, le sanatorium rend de signalés services. Il apprend avant tout aux malades à ne pas être dangereux pour les autres. C'est une école d'application pratique, la plus convaincante. Et les parents, les amis, renseignés sur les mesures que l'on prend et que l'on fait prendre aux malades, y ajoutent une foi d'autant plus vive que ces mesures revêtent le sceau

de la spécialité, et que les résultats obtenus dans les sanatoria sont excellents. Ces parents et ces amis deviennent alors, comme le malade lui-même, des apôtres de la prophylaxie.

Au point de vue de l'hygiène proprement dite, le sanatorium est un moyen prophylactique de premier ordre. Non seulement il fait l'éducation du tuberculeux et de son entourage, mais il l'isole, et souvent il le guérit, en l'astreignant au seul traitement vraiment efficace connu jusqu'à ce jour : repos absolu, suralimentation, vie au grand air. Le tuberculeux au sanatorium, c'est un foyer de contagion supprimé, ou du moins rendu inoffensif, par l'éducation d'abord, par l'amélioration et la guérison ensuite, et enfin, durant le séjour du malade à l'institution, par l'isolement. On peut donc affirmer, sans crainte de se tromper, que le sanatorium est un moyen très actif de lutter contre la marche envahissante de la tuberculose.

Aussi, les sanatoria devraient-ils être déclarés d'utilité publique, et les gouvernements devraient s'intéresser à leur établissement tout autant que les citoyens. Car, si le sanatorium est utile au riche, c'est une nécessité bien plus pressante encore pour le pauvre. La tuberculose exerce dans la classe pauvre des ravages considérables et d'autant plus facilement, que les moyens prophylactiques y sont plus inconnus et plus négligés.

La lutte contre la tuberculose, commencée par l'hygiène de la première enfance et la réforme des logements insalubres, continuée par l'éducation des masses et la vulgarisation des moyens préventifs contre l'infection alimentaire et celle des voies respiratoires, resterait incomplète, sans la création de moyens de guérison efficaces. S'il est bon d'instruire sur la nature du mal, guérir est encore meilleur ; pour rendre la prophylaxie de la tuberculose complète, fournissons aux pauvres les moyens de se guérir, aidons à l'établissement des sanatoria, et tâchons d'obtenir dans ce but le concours des pouvoirs publics.

L'installation d'un sanatorium n'est pas si compliqué qu'on le croit. Il n'est pas nécessaire de choisir des pays spéciaux, des climats particuliers, ni de construire des habitations dispendieuses. On peut localiser ces établissements aussi bien dans une plaine que sur une montagne ; une installation simple, rustique, n'en est que plus favorable. L'important, c'est l'air pur, et, sous ce rapport, notre province n'a rien à envier aux autres pays. Ceux qui pourraient en douter n'ont qu'à se rendre à Sainte-Agathe, ils y trouveront un sanatorium très bien organisé et dont les résultats se comparent avantageusement avec ceux obtenus ailleurs.

Inscrivons donc sur notre programme la création, dans les villes et près des villes, de sanatoria publics pour les indigents, et efforçons-nous de persuader les hôpitaux possédant des terrains spacieux, qu'ils doivent créer et attacher à leur institution, un sanatorium ou pavillon spécial, où les tuberculeux seront isolés et soumis à toutes les méthodes de prévention et de traitement qui donnent des résultats si satisfaisants partout ailleurs.

Conclusion.

En somme, la prophylaxie de la tuberculose ne peut pas être simplement personnelle. Si l'on veut enrayer la marche envahissante de ce fléau, il faut étendre le plus possible cette prophylaxie à toute la communauté. Il en est de la prévention des maladies évitables comme de la désinfection ; elle ne peut être efficace qu'à la condition d'être complète. Enfants et grandes personnes, pauvres ou riches, elle doit atteindre tout le monde.

Avec le secrétaire de la Ligue française contre la tuberculose, je dirai en terminant : " Si les mesures indiquées étaient mises en pratique, nous ne disons pas dans toutes les familles où il existe un tuberculeux, et par tous les phtisiques, mais seulement par le quart de ces familles et de ces phtisiques, nous verrions diminuer dans une énorme proportion les ravages de cette maladie ; et les habitudes de propreté et d'antiséptie rigoureuses que l'on conseille, finissant peu à peu par entrer dans nos mœurs et par devenir générales, on arriverait progressivement, sinon à son extinction presque totale, du moins à réduire le chiffre de ses victimes aux proportions des autres maladies. Car l'hérédité et les autres conditions prédisposantes et adjuvantes, dont personne ne méconnaît l'importance, ne suffiraient pas à elles seules pour produire la maladie, si les germes étaient détruits."

Montréal, 31 janvier 1900.

BIBLIOGRAPHIE.

VILLENEUVE.—*Les Aliénés devant la loi*, étude médico-légale par le Dr Georges VILLENEUVE, professeur adjoint de médecine légale et de médecine mentale à l'Université Laval de Montréal, surintendant médical de l'Asile d'aliénés Saint-Jean de Dieu, médecin consultant de l'Asile Saint-Benoît-Joseph, Longue-Pointe, membre de l'Association Médico-psychologique Américaine et de la Société de Médecine Légale de New-York.—Montréal, Eusèbe Sénécal et Cie, éditeurs, 20 rue St-Vincent, 1900.—En vente chez Déom Frères, 292 St-Denis, Montréal. Prix 50 centins, vol. in-8 de 132 pages.

On trouvera dans cette étude, écrite à un point de vue essentiellement canadien, tout ce qui a rapport à l'aliéné, soit dans le code civil, soit dans le code criminel. La responsabilité légale des aliénés, leur internement, leur incapacité civile y sont tour à tour passés en revue, avec texte légal à l'appui. L'avocat, le notaire, le médecin, le tuteur y trouveront des renseignements utiles sur les placements volontaires, l'incapacité civile, les diverses formes des affections mentales, les aliénés dangereux, etc... C'est dire que ce livre sera consulté avec fruit, car il est écrit par un expert en la matière, et qu'il correspond à un besoin qui se faisait sentir depuis longtemps.

FORMULAIRE

BRONCHITE — Avec expectoration muco-purulente abondante.

R. Térébenthine.....	2½ drachmes
Mucilage d'accacia.....	} ââ 2½ onces
Eau.....	
Sirop de gingembre q. s. ad.....	2 onces.

BRONCHITE.

Carbonate d'ammoniaque.....	2 scrupules
Esprit de chloroforme.....	2½ onces
Infusion de sénéga.....	8 onces

Sig. Deux cuillerées à table toutes les 4 ou 6 heures.

ANOREXIE.

R. Teinture de quinquina.....	} ââ 5 grammes
“ “ colombo.....	
“ “ gentiane.....	
“ “ rhubarbe.....	
“ “ noix vomique.....	2 —

Sig. 15 à 20 gouttes dans un peu d'eau avant les repas.

PURGATIF AGRÉABLE.

R. Scammonée.....	15 grains
Sucre blanc.....	4 drachmes

Triturez en versant peu à peu :

Lait pur.....	4 onces
Eau de laurier cerise.....	1½ drachme

BRONCHITE (1ère période.)

R. Muriate d'apomorphine.....	½ grain
Bromure de potasse.....	2 drachmes
Syrop de sénéga q. s. ad.....	2 onces

Sig. Une cuillerée à thé toutes les 2 heures.

BRONCHITE (2ème période.)

Muriate d'ammoniaque.....	} ââ 1 drachme
Bromure d'ammonium.....	
Esprit d'éther nitreux.....	1½ once
Syrop de tolu q. s. ad.....	2 onces

Sig. Une cuillerée à thé toutes les 3 heures.

DIARRHÉE INFANTILE.

R ₁ . Dermatol.....	1 ou 2 grammes
Potion gommeuse.....	100 grammes

Sig. Une cuillerée à café toutes les heures dans la journée.

Le Dermatol est donné à la dose de 1 gramme par jour chez les nourrissons de 1 à six mois.

BRONCHITE AIGUE.

Caféine	0 gr. 30 cent.
---------------	----------------

Sig. Le soir au coucher.

Ainsi administré, ce médicament ne tarderait pas à vaincre le spasme des muscles bronchiques, cause de la rétention des crachats.

Voici quelques formules agréables pour l'administration de l'huile de foie de morue :

1 H. f. m	100 grammes
Saccharine.....	0 gr. 40
Ether acétique.....	2 grammes
Essence de menthe.....	V gouttes
2 H. f. m	240 grammes
Eau	135 —
Carbonate de soude.....	0 gr. 60
Essence d'eucalyptus.....	0 — 75
Sirop.....	Q. s. p ^r faire 450 gr. (Emulsionner)
3 H. f. m	150 grammes
Hypophosphate de chaux.....	3 —
— soude.....	1 gr. 50
Glycérine, eau, gomme, essences	145 — 50
4 H. f. m	200 grammes
Glycérine	30 —
Teinture d'écorce de Panama.....	6 —
Eau de laurier-cerise.....	4 —
5 H. f. m	20 grammes
Eau.....	60 —
Glycérine	10 —
Gomme arabique.....	20 —
Dextrine	10 —
Hypophosphate de chaux.....	1 —
— soude	0 gr. 50
Essence d'amandes amères.....	II gouttes
— de citron.....	I —
6 H. f. m	100 grammes
Eau de laurier-cerise.....	15 —

Agitez, laissez déposer et décantez.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, FÉVRIER 1900

COURRIER DES HOPITAUX

HÔPITAL NOTRE-DAME

Par A. ETHIER, Médecin Interne.

Depuis la mi-janvier 1900 le Dr A. T. Brosseau est revenu reprendre le cours de ses cliniques chirurgicales à l'amphithéâtre de l'Hôpital Notre-Dame. Lors de sa première leçon il a été l'objet d'une ovation de la part des étudiants.

Le Dr Mercier continue cependant la partie pratique en faisant les opérations.

Depuis l'automne dernier le Dr Brennan a aussi repris sa clinique régulière du jeudi sur la gynécologie.

Après sa leçon théorique, qui a lieu à la salle de clinique médicale, un certain groupe d'élèves se rend au dispensaire où le professeur leur fait immédiatement mettre en pratique la théorie qu'il vient de leur expliquer. La matinée entière du samedi est aussi consacrée aux choses pratiques.

Nous constatons avec plaisir que des médecins étrangers viennent assiduellement suivre ces cliniques.

Il me fait plaisir d'annoncer que le Dr A. Lesage, attaché au dispensaire de médecine générale, depuis déjà assez longtemps, vient d'être nommé chef de clinique médicale en remplacement du Dr E. P. Benoit, nommé professeur suppléant à la Faculté.

Le Dr Lesage agira comme tel conjointement avec le Dr R. Hébert.

Nous constatons avec bonheur que les étudiants semblent travailler cette année plus sérieusement que les années passées. Ils sont assidus aux cliniques et paraissent suivre avec intérêt les malades de nos salles.

Cette inauguration de n'admettre que les élèves de 2ème, 3ème et 4ème année à suivre les différents services de l'Hôpital a été une excellente innovation sous tout rapport. Les étudiants de 3ème et

4ème année suivent seuls les grandes cliniques de chirurgie et de médecine. Ceux de 2ème sont divisés en deux groupes et suivent les dispensaires de petite chirurgie et de médecine générale.

Le 19 janvier dernier avait lieu la réunion des membres de l'Association des Internes de l'Hôpital Notre-Dame. En l'absence du président monsieur le Dr Joyal est appelé au fauteuil. Après lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée précédente, le Dr R. Hébert nous entretient de quelques cas intéressants qu'il a eu l'occasion de traiter avec le Dr Demers dans le service de médecine, salles St-Jean de Dieu et Ste-Marie. Je ne ferai que donner un résumé de ces cas rapportés.

Le premier est celui d'un homme dans l'âge mûr entré ici pour une pneumonie. Malgré tout traitement employé le malade succombe à la maladie. Chez Morgagni le diagnostic de pneumonie est bien confirmé; mais ce que ce sujet a présenté de particulier, c'est qu'à la partie inférieure et postérieure du poumon gauche, le pathologiste constate la présence d'un corps dur, osseux et ayant toute la forme d'un fragment de côte, long d'environ 2½ pouces. Ce corps étranger était logé entre la plèvre viscérale et le poumon.

En examinant minutieusement la cage thoracique dans toute son étendue on constate le manque d'aucune côte ou d'aucune partie de côte, qui serait le résultat d'ancienne fracture de côte et pourrait expliquer ce fait. Comment alors expliquer la présence de ce corps étranger à cet endroit. C'est ce que l'on ne peut faire d'une manière plausible. Toutefois, des faits de ce genre ont déjà été constatés ailleurs et ici même. Il y a deux ans, en faisant une autopsie, le Dr R. Hébert a trouvé un fragment d'os enkysté dans la rate. Cette fois encore il n'a pu découvrir la provenance de ce corps étranger.

Le cas suivant est celui d'un Syrien ayant succombé à la rupture d'un abcès du foie.

Dans les derniers jours de décembre 1899, ce malade était admis dans la salle St-Jean de Dieu, service de médecine. Les amis qui l'accompagnent nous disent qu'il n'est arrivé dans le pays que depuis quelques semaines. C'est un marchand colporteur qui court à travers les campagnes, comme la plupart des gens de sa nation qui viennent se réfugier au Canada. Il ne parle ni français ni anglais. Cependant on parvient à comprendre que depuis quelque temps il accuse de fortes douleurs dans le côté droit. Ses amis l'ont traité durant plusieurs jours avant de l'amener ici, mais sans succès.

A son entrée ici on soupçonne d'abord l'appendice d'être la cause involontaire de ces désordres, mais après examen on voit que ces soupçons ne sont pas bien fondés et reconnaît avoir affaire plutôt à une péritonite généralisée. Après quelques jours de traitement le malade laisse la salle malgré nous pour retourner dans sa famille.

Cependant deux jours plus tard, nous sommes obligés d'aller le chercher avec l'ambulance. La maladie semble s'être beaucoup aggravée. Plusieurs médecins et chirurgiens sont alors consultés pour savoir s'il ne serait pas préférable d'intervenir chirurgicalement et la majorité opine pour la négative. Quarante-huit heures plus tard le malade mourait.

A l'autopsie, on reconnaît en effet avoir eu affaire à une péritonite généralisée, mais cette fois l'appendice avait été soupçonné à tort. Un abcès rupturé du foie avait été l'unique cause de tous ces méfaits.

Le fait a déjà été constaté ici dans le pays, mais il est assez rare ; car, comme l'on sait, cette maladie se rencontre surtout dans les pays chauds. Chez notre sujet il n'est pas étonnant de la constater, ce dernier n'ayant laissé son pays que depuis quelques semaines. La maladie avait dû débiter avant son départ de son pays et a continué à évoluer jusqu'à aujourd'hui. Si le malade avait pu s'exprimer suffisamment pour nous renseigner d'avantage, nous serions peut-être arrivés à fonder un diagnostic plus précis.

Le 3ème cas relaté par le Dr Hébert est celui-ci :

Delle N....., 24 ans, entre dans la salle Ste-Marie le 3 janvier 1900 et meurt à peine 24 heures après son entrée.

En mai dernier cette même patiente avait séjourné ici durant l'espace de trois semaines. Quant aux renseignements qu'on a pu se procurer sur son sujet ils étaient bien petits. Cependant on découvre la tare de la tuberculose. En examinant la patiente on reconnaît tous les symptômes cliniques de la pleurésie avec épanchement à gauche, mais le liquide ne paraît pas très abondant. De plus la malade tousse et expectore. Un examen microscopique de cette expectoration fait reconnaître des streptocoques et des staphylocoques, mais pas de Koch, et cela à deux reprises différentes. Cependant le poumon droit semblait malade à sa partie supérieure. Après trois semaines de traitement la malade se disant mieux elle retourne chez elle. On aurait bien aimé à appliquer une ponction aspiratrice, la débarrasser plus vite de ce liquide dans la plèvre, mais elle s'y est refusée.

Durant sept semaines on n'entend plus parler de cette patiente, lorsqu'elle nous arrive de nouveau tout-à-coup et dans un état très grave. Facies anxieux, dyspnée considérable, voussure très prononcée du côté gauche du thorax, absence des bruits respiratoires du poumon gauche, déplacement notable du cœur à droite. Enfin on reconnaît que la pleurésie a continué à progresser et que le liquide épanché est très abondant.

La personne étant très affaiblie, on la stimule, et le lendemain le Dr Hébert, aidé de son interne, pratique la thoracentèse. Après avoir enlevé environ 2½ litres d'un liquide louche, ils sont obligés de suspendre l'opération parce que la patiente paraissait trop fatiguée. À peine un quart-d'heure après elle s'éteignait tranquillement. Le lendemain, en faisant l'autopsie, on trouve encore dans la plèvre environ 3 litres de liquide. Le poumon gauche était complètement refoulé vers le médiastin et la colonne vertébrale et de beaucoup diminué de volume. Il était de plus emprisonné dans une espèce d'enveloppe épaisse de formation nouvelle.

Au sommet du poumon droit il existait une caverne assez considérable due à la tuberculose.

Le Dr Fournier nous raconte ensuite l'histoire d'un malade mort de pyohémie à la suite d'une prostatite aiguë. Je ne fais que mentionner le cas, car le docteur doit le rapporter en détail bientôt.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DU BILL RODDICK

Depuis la publication de notre dernier article, la question de la licence interprovinciale et du projet de loi Roddick est entrée dans une phase nouvelle qui, pour être inattendue, n'en est pas moins fort intéressante, et peut-être aussi fort instructive; elle mérite d'être étudiée en détails.

Au mois de juillet 1899, le Bureau des Gouverneurs adoptait la résolution suivante (voir Rapport officiel, page 40) : " Il est résolu que le Bureau médical de la Province de Québec est favorable à une mesure qui donnerait la réciprocité entre toutes les provinces, en établissant un Bureau Fédéral, mais à la condition que l'autonomie provinciale soit respectée et que chaque province conserve tous ses droits et sa liberté d'action. " Cette résolution est formelle : elle approuve le projet de la création d'un Bureau Fédéral, projet qui rendra la réciprocité interprovinciale possible, pourvu que la province de Québec reste libre et conserve ses droits. Copie de cette résolution fut envoyée au secrétaire de l'Association Médicale Canadienne.

L'Association Médicale Canadienne se réunit à Toronto à la fin de l'été de 1899. On y discuta la question de licence interprovinciale et les Bureaux Provinciaux s'étant prononcé, comme celui de la province de Québec, en faveur de la création d'un Bureau Fédéral, pourvu que les droits des provinces fussent respectés, l'Association adopta le projet de loi du Dr Roddick. Mais les Drs Lachapelle et Marsolais, qui représentaient notre Bureau à cette assemblée, mirent à l'adhésion de Québec au projet nouveau deux conditions *sine qua non* : 1^o la langue française aurait les mêmes privilèges que la langue anglaise, aux examens, et le candidat aurait le choix entre les deux; 2^o chaque province serait libre d'entrer dans le pacte fédéral ou d'en sortir à volonté. Ces conditions rencontrèrent l'approbation générale, car elles étaient conformes à l'esprit de l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord. Il fut alors convenu que le Dr Roddick rédigerait son projet de loi de manière à le rendre conforme aux résolutions adoptées, et en donnerait connaissance aux membres des Bureaux Provinciaux avant de le présenter au parlement d'Ottawa.

Peu de temps après avait lieu la réunion de septembre du Bureau des Gouverneurs. Le Dr Lachapelle présenta son rapport et, se basant sur les résolutions adoptées à l'Association Médicale, expliqua longuement les grandes lignes du nouveau projet de loi (voir Rapport officiel, pages 28-29). Ce projet pourvoit à la création d'un Conseil Médical du Canada, avec pouvoir de faire subir des examens, d'établir les règlements nécessaires pour contrôler ces examens, de fixer les conditions d'obtention d'une licence fédérale qui ouvrira à ceux qui en seront porteurs les portes des diverses provinces; pourvu que les provinces acceptent cette organisation par l'entremise de leurs législatures, et que les Bureaux Provinciaux fassent les règlements nécessaires pour la mettre en pratique. Car, comme l'expliqua le Dr Lachapelle, la législation fédérale en matière d'éducation, à moins d'être illégale et *ultra vires*, ne peut pas être obligatoire, et par conséquent le projet de loi, s'il est adopté à Ottawa, ne pourra être mis en pratique qu'en autant qu'il sera accepté par les Législatures Provinciales. Il ajouta que la licence interprovinciale serait d'un grand avantage pour Québec, puisqu'elle permettrait à un bon nombre de nos médecins d'exercer la médecine dans les centres français d'Ontario, du Manitoba, des Territoires du Nord-Ouest, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Ecosse.

Le Bureau des Gouverneurs approuva de nouveau le projet de création d'un Bureau Fédéral, acceptant par conséquent le principe du bill Roddick, et comme ce bill n'avait pas encore été définitivement rédigé et imprimé, il nomma, sur proposition du Dr Desroches, secondé par le Dr Panneton, un comité composé des Drs Lachapelle, Fiset et Craik, avec instruction de surveiller la passation du bill Roddick lors de sa présentation au parlement du Canada.

En se faisant ainsi représenter sur place par un comité, le Bureau des Gouverneurs se mettait dans la meilleure situation pour *surveiller*, comme le dit la résolution, le projet de loi tel qu'il serait présenté, et pour voir à ce que ce bill ne portât aucune atteinte aux intérêts du Collège des Médecins. Le comité nommé par le bureau était influent, et possédait toute l'autorité voulue pour accomplir consciencieusement la mission qu'on lui avait confiée. Avec l'appui des députés et sénateurs de Québec, (honorables de Boucherville, Ross, Fiset, Hingston, etc., etc.), il pouvait facilement faire en sorte que le bill Roddick ne renfermât rien, ni dans ses dispositions, ni dans sa rédaction, qui fût contraire aux intérêts du Collège des Médecins de la Province de Québec.

Cette ligne de conduite du Bureau était logique, prudente et conforme aux usages. Elle permettait à tous les médecins, à toutes les sociétés médicales d'étudier le bill lorsqu'il aurait été distribué, de faire connaître leur opinion sur ce sujet aux membres du comité, et celui-ci, ainsi éclairé et soutenu par l'opinion de la profession, se serait trouvé en mesure de faire respecter les droits de notre province.

Jusqu'ici la question avait donc suivi une marche normale et logique. C'est ici que commence la seconde phase à laquelle nous faisons allusion au commencement de cet article.

Dans le courant du mois d'octobre, le Dr Sirois publie dans la *Revue Médicale* deux correspondances dont nous avons parlé dans notre dernier numéro. Dans ces correspondances, dont nous ne mettons pas en doute la bonne intention, le Dr Sirois jette un cri d'alarme. Il proclame hautement que nos institutions médicales sont menacées par le bill en perspective. Bien plus, ne tenant aucun compte de la décision du Bureau Médical dont il fait partie, refusant toute efficacité aux lois qui nous protègent, il insiste pour que la profession prenne en mains sa propre défense, mettant ainsi en doute la sincérité et la compétence du comité nommé par le Bureau des Gouverneurs. Certes, nous respectons profondément le désir qu'a M. le Dr Sirois de voir nos droits et privilèges maintenus intacts. Mais pour engager ainsi le Bureau des Gouverneurs à revenir sur sa décision, il fallait un danger imminent, pressant, considérable. Or, le bill Roddick à cette époque n'était pas encore traduit, il n'était pas même définitivement rédigé et imprimé, et trois longs mois nous séparaient de l'ouverture du parlement.

En novembre, le Dr Arthur Simard publiait à son tour dans le *Bulletin Médical de Québec* un long article contre le projet de loi du Dr Roddick et surtout contre l'éducation médicale telle que donnée dans Ontario. Puis MM. les Drs Sirois, Normand et Panne-ton demandèrent la convocation d'une assemblée extraordinaire du Bureau des Gouverneurs. Le président répondit qu'il était bien prêt à convoquer une assemblée du Bureau, si le nombre de membres exigé par les règlements le demandaient, mais qu'il n'en voyait pas la nécessité, leur faisant aussi observer qu'on s'alarmait à tort, qu'il valait aussi bien attendre que le bill fut présenté, que nous verrions alors s'il était contraire aux principes adoptés par le Bureau Médical, et que le comité pourrait s'y opposer si c'était nécessaire.

Mais il était évident que pour un bon nombre le comité ne

comptait plus, ni même les résolutions adoptées par le Bureau des Gouverneurs, car à une séance de la Société Médicale de Québec, tenue le 28 décembre, il fut proposé par le Dr Faucher, secondé par le Dr Lebel, et résolu : " Que la Société Médicale n'approuve pas le projet de loi connu sous le nom de projet de loi du Dr Roddick, et que, de plus, elle désapprouve tout projet *tendant à la création d'un bureau médical fédéral* (Bulletin médical de Québec, N° de janvier 1900). C'était la négation complète de tout ce qui avait été fait par le Bureau des Gouverneurs.

Dans l'intervalle, le Dr Roddick, ayant complété la rédaction et la traduction du projet de loi, l'adressa comme il avait été convenu à tous les gouverneurs des bureaux provinciaux. On crut voir dans la rédaction de ce bill toutes espèces d'embûches et de périls. L'Acte de l'Amérique Britannique du Nord, notre législature provinciale, la liberté d'action de notre Bureau Provincial, le comité chargé de la surveillance du bill à Ottawa, tout cela n'offrait plus de garanties suffisantes. La Dr Roddick, averti de l'opposition qui s'organisait, eut beau se rendre devant la Société Médicale de Québec pour donner des explications, répondre aux objections, recevoir les suggestions qui pourraient améliorer son bill, etc., l'entrevue fut très cordiale, mais on adopta après son départ une résolution condamnant totalement le projet de loi, et décidant d'envoyer une délégation à Ottawa pour le combattre, s'il était nécessaire. Et c'était logique. Du moment qu'on n'admettait plus le principe même du bill, peu importait la forme.

On comprend qu'en face d'une pareille attitude, le comité nommé par le Bureau des Gouverneurs, avec mission d'agir au nom du Bureau, de surveiller la passation du bill, et par conséquent de s'y opposer s'il portait atteinte aux droits et aux intérêts de la province, n'avait plus sa raison d'être, puisqu'on ne voulait pas en tenir compte. Il pouvait difficilement accomplir la mission que lui avait confiée le Bureau, alors que les médecins de Québec condamnaient le principe même du bill et organisaient une opposition aussi sérieuse. C'est ce qu'ont compris les membres du comité, et par l'entremise de leur président, ils en ont informé le Dr Boulet, secrétaire de la section de Québec.

Nous comprenons difficilement qu'une société médicale puisse se substituer à l'action du Bureau des Gouverneurs ou des comités qui le représentent, et ne pas tenir compte des résolutions adoptées par ce Bureau. Certes, nous ne refusons pas aux sociétés le droit de

discuter les questions d'intérêts professionnels, de les appuyer ou de les rejeter. Loin de là. Mais il n'est pas nécessaire de briser l'organisation établie pour que les sociétés se fassent entendre. Il eût été si facile de se mettre en rapport avec le comité de législation, ou, si cela ne paraissait pas suffisant, de demander d'une manière régulière la convocation d'une assemblée extraordinaire du Bureau des Gouverneurs, afin que celui-ci pût reconsidérer la position qu'il avait prise, et modifier ses résolutions s'il était nécessaire. Si chaque district devait ainsi intervenir à sa fantaisie, à quoi servirait le Bureau Médical ?

L'opposition organisée à Québec nous paraît prématurée et injuste. Prématurée, puisqu'elle veut étouffer le bill Roddick avant même de le laisser discuter, en rejetant le principe même du bill, adopté par le Bureau Médical à son assemblée de juillet et confirmé à son assemblée de septembre. et qu'elle tend ainsi à priver la profession des avantages précieux que lui donnerait l'établissement d'une licence interprovinciale. Injuste, puisqu'en prenant cette position hostile, la Société Médicale de Québec empêche un projet de loi qui intéresse toute la profession d'être étudié à fond à Ottawa par nos législateurs et tous les délégués provinciaux, et exprime envers le Bureau Médical et son comité un manque de confiance que rien ne justifie.

En laissant les choses suivre leur cours normal, conforme à la légalité, chacun aurait pu transmettre ses observations au comité, on aurait vu à Ottawa ce qu'était le bill Roddick, le comité serait intervenu suivant les indications, aidé en cela par les médecins députés et sénateurs, et en supposant que ce bill serait devenu loi sans que les intérêts de notre province fussent sauvegardés, le Bureau Médical restait encore maître de la situation et pouvait condamner la mesure à son assemblée de juillet prochain et s'opposer à ce que notre Législature provinciale fasse la législation requise pour le mettre en vigueur dans notre province.

Cette ligne de conduite eut été simple, peu coûteuse et juste; nous regrettons profondément, à *l'Union Médicale*, qu'on ne l'ait pas suivie.
