

## 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

## Microbes et maladies contagieuses

Par E. P. BENOIT, M. D.

La bactériologie est aujourd'hui établie sur des bases solides, et il est impossible à l'homme instruit, médecin, étudiant ou simple chercheur, de se rendre un compte exact de la médecine moderne sans être au courant de cette science nouvelle. Lisez les leçons cliniques d'un médecin des hôpitaux, le travail original publié dans une revue, ou les délibérations d'une société médicale, et vous verrez apparaître à chaque instant des avancés nouveaux basés sur la bactériologie. L'esprit médical est bien changé depuis dix-huit ans ; et pour bien comprendre l'enseignement des grands maîtres du jour, le but auquel il se propose d'atteindre et l'importance de leurs travaux, il faut être au courant des découvertes récentes. Pour le praticien, cela est un devoir. Le médecin, quelque vénérable qu'il soit par son expérience, qui refuse aujourd'hui de s'arrêter un instant devant les faits nouveaux, se rend coupable d'un crime de lèse-nature, parce qu'il ne veut pas, de parti pris, se servir contre la maladie de moyens de défense qu'il ne veut pas comprendre. Il oublie que la médecine est une science expérimentale par excellence ; que ce qu'il a appris il y a vingt ou trente ans était, il est vrai, le fruit de toute l'expérience du passé ; mais que la science a marché depuis ; et que ce que l'on enseigne aujourd'hui est le résultat des vingt ou trente dernières années de recherche. Et la science fait des pas plus grands à mesure qu'elle se perfectionne. Certes, tout s'enchaîne ici-bas : un savant ne peut avancer qu'en donnant la main à son prédécesseur. Mais doit-il en rester là et ne pas s'intéresser aux œuvres de ceux qui le suivent. Ce serait de la folie. La théorie inflammatoire de Broussais était admise par le plus grand nombre au commencement de ce siècle ; nos grands pères se faisaient saigner deux fois par année, par simple précaution. Combien de personnes aujourd'hui consentiraient à la chose ? Si les successeurs de Laennec n'avaient pas admis les découvertes de ce savant, l'auscultation en serait-elle rendue au point de précision où elle en est ? La médecine est une science expérimentale. Si, parce qu'elle se sert aujourd'hui de moyens d'expérimentation qu'elle ne connaissait pas autrefois, cela devenait une raison pour en contester les résultats, autant vaudrait nier toute possibilité de progrès. Le microscope n'est pas connu de tout le monde, et n'a pas toujours été connu ; et cependant toute l'anatomie pathologique actuelle est basée sur le

microscope. Les expérimentateurs de laboratoire ne sont pas des chimistes proprement dits, et cependant leurs préparations bactériologiques se font à l'aide de réactifs chimiques. Souvent le hasard a été le premier facteur du progrès. Comment a-t-on découvert le système lymphatique? En disséquant un chien. Ne devons-nous pas à la vivisection l'établissement par Claude Bernard du rôle glycogénique du foie. Scientifique ou simplement accidentelle, une méthode doit être jugée par ce qu'elle donne. Bien plus, tout ce qui est fait sérieusement, par un homme sérieux, doit être considéré d'une manière sérieuse, quand bien même les résultats ne seraient pas ce qu'on attendait.

Beaucoup de gens se disent : " Que m'importe la manière dont le singe ou le cochon d'Inde sont malades, puisque ce sont des hommes que je soigne." L'histoire naturelle place l'homme à la tête de la création, et c'est juste ; mais n'en déplaie à notre modestie, l'homme est lui-même un animal. On le distingue des autres en disant qu'il est raisonnable, mais il a besoin de ses organes pour vivre, tout comme le singe ou le cochon d'Inde. Que ce soit chez ces derniers ou chez l'homme, le cœur fait circuler le sang de la même manière ; le poumon l'oxygène de la même manière ; le foie, le rein le purifient de la même manière ; l'assimilation et la désassimilation se font de la même manière. Il y a beaucoup d'êtres vivants organisés ; les organes varient dans les détails ; mais la vie est une, se manifeste par des phénomènes semblables et s'altère par un processus identique. Une maladie produira les mêmes effets chez l'animal que chez l'homme parce que tous les deux vivent de la même manière à l'aide d'organes semblables. Et la guérison chez l'un et chez l'autre se fera par le même procédé. La preuve, c'est que Pasteur a guéri des vaches du charbon, des lapins de la rage avant d'en guérir l'homme, et que Roux a soigné des cochons d'Inde de la diphtérie avant d'en guérir des enfants.

Toutes les sciences s'aident mutuellement. Celui qui limite son jugement à un seul point de vue tombera fatalement dans l'erreur. C'est la faute qu'ont commise de grands savants, qui ne jugeaient les choses que d'après leur système. On pourrait comparer les chercheurs de l'époque à des abeilles, qui prennent dans tous les champs la matière qu'elles jugent bonne, bien convaincues qu'avec du travail elles en feront du miel. Nous les spectateurs intéressés de ce travail, nous prenons le gâteau quand il est fini, et notre seul mérite est de l'administrer à nos malades avec à propos. Et c'est là le point difficile. Le médecin de laboratoire se dit : " Tel symptôme, telle lésion doit être produite par telle cause. Je vais prendre un cobaye, je vais déterminer chez lui la cause en question, et nous verrons bien." Si le raisonnement de ce médecin est juste, si sa méthode expérimentale est bonne, le symptôme ou la lésion surviendront chez l'animal. Mais c'est plus facile d'expliquer une cause que de l'empêcher de se

produire. Le plus souvent, quand un bactériologiste rapporte une découverte à l'Académie, il conclut de la manière suivante : " Nous savions que telle maladie produit telle lésion ou tel symptôme. Nous croyons avoir prouvé par nos expériences que ce symptôme ou cette lésion sont déterminés par tel processus. Nous allons maintenant entreprendre de nouvelles expériences afin de trouver le meilleur moyen de supprimer la cause et ses effets. Et nous espérons que dans un avenir très rapproché nous serons en état de combattre efficacement la maladie." En attendant, elle existe toujours. Mais n'oublions pas que c'est déjà un grand point que d'en bien comprendre l'un des symptômes. C'est un pas de plus vers le traitement. Un médecin pratiquant, lisant ce rapport, se dira : " Ah ! ce symptôme est produit par cette cause-ci. Mais alors cela a un rapport très étroit avec cet autre symptôme. En me servant de tel remède, est-ce que je ne pourrais pas. . ." C'est ainsi que de la rencontre de deux idées jaillit une lumière nouvelle.

Mais aussi, il faut le dire, il arrive souvent qu'on se hâte de tirer des conclusions alors qu'il vaudrait mieux attendre. Tel fait que l'on croyait bien établi s'est trouvé renversé lorsque la science a fait des progrès. D'un autre côté, l'auteur d'une découverte est toujours porté à lui donner des conséquences que tout le monde n'admet pas. Toutes ces choses n'intéressent le médecin pratiquant qu'au point de vue pratique ; c'est à lui d'avoir du discernement. J'oserai même dire que la prudence seule suffit, pourvu que l'on se tienne au courant de ce qui se passe dans la profession. Le journal vous annonce une découverte quelconque ; attendez que les sociétés médicales, les médecins d'hôpitaux aient publié des rapports ou des revues sur la question, et vous pourrez juger. En médecine, la théorie n'est rien si elle n'est pas confirmée par la pratique. C'est une science expérimentale dans ses recherches ; il faut la rendre aussi exacte que possible dans son application.

Depuis dix-huit ans que la bactériologie est fondée, bien des expériences ont été faites sans résultat ; mais d'un autre côté, beaucoup de progrès ont été accomplis qui ont jeté une lumière nouvelle sur plus d'une question. La bactériologie n'en était en 1876 qu'à l'étude de l'étiologie. Elle s'est occupée ensuite de la pathogénie des symptômes et des lésions, et l'année 1894 a vu réussir un traitement bactériologique nouveau. Le moment est donc favorable pour faire une revue de cette science récente, dont l'influence en pratique devient très grande.

#### HISTORIQUE

On peut définir la bactériologie l'étude des microbes. Le rôle dans la nature de ces infiniment petits, qui ne se composent que d'une cellule, fut révélé par une expérience célèbre de Pasteur sur la fer-

mentation lactique. Avant 1857, tout le monde, à part les théologiens, croyait à la génération spontanée. Par exemple, un morceau de viande se putréfiait lorsque certaines mouches y déposaient leurs excréments. Ces matières, en se décomposant, altéraient la viande, qui se décomposait aussi, et cette espèce de fermentation donnait naissance à des vers qui continuaient l'œuvre commencé. On disait : "Les ferments sont des composés chimiques qui agissent en se putréfiant ou simplement par leur contact." Les théologiens répondaient : "Vous vous trompez. La vie ne peut pas naître de la mort ; c'est contraire à l'œuvre de Dieu." Le génie de Pasteur se chargea de prouver que la Bible avait raison. Je ne vous décrirai pas son expérience, mais voici la conclusion de son mémoire à l'Académie : "La fermentation est corrélative de la vie, de l'organisation de globules, non de la mort ou de la putréfaction de ces globules, pas plus qu'elle n'y apparaît comme un phénomène de contact, où la transformation du sucre s'accomplirait en présence du ferment, sans lui rien donner, sans lui rien prendre." En d'autres termes, un ferment est un être organisé qui décompose certaines substances en leur prenant les éléments dont il a besoin pour vivre. La levure de bière, placée dans une solution de glucose, absorbe le sucre et dégage l'alcool et l'acide carbonique. Si la viande se putréfie, c'est que les mouches y déposent leurs œufs, dont les larves se nourrissent aux dépens de la viande. Donc, comme première conclusion : la fermentation est fonction de la vie d'êtres microscopiques. Dans une expérience subséquente, Pasteur développa la levure de bière dans de l'eau sucrée contenant de l'ammoniaque, et conclut : "La culture successive de ces êtres vivants dans un milieu inerte est possible." Toute la bactériologie est là en germe.

Avant ces découvertes on connaissait de longue date les maladies virulentes. Tout le monde disait avec le professeur Chauveau : "Un virus est un ferment." Ou bien encore on comparait le virus à un levain, et on rattachait la virulence à des modifications de nos liquides. La contagion était un problème dont on cherchait vainement la solution. Goiffou avait soutenu, dès 1721, qu'il y avait dans l'air des insectes venimeux. Plus tard, Raspail attribuait la contagion à des parasites. Roger et Davaine en 1850, Pollender et Brauell en 1855-57, découvraient dans le sang d'animaux malades du charbon des corps filiformes, des baguettes. Il était évident qu'après les révélations de Pasteur sur le rôle des infiniment petits, l'on se demanderait si les maladies virulentes contagieuses n'étaient pas causées par des germes. Delafond, Davaine essayèrent de cultiver les corps filiformes du charbon, que le premier appelait des bâtonnets charbonneux (1860). En 1867, le prof. Chauveau, qui cherchait le virus de la variole, du vaccin et de la clavelée (maladie des moutons), ne put arriver qu'à ce résultat : ce ne sont pas les parties liquides que le filtre laisse passer, mais les parties solides des tissus virulents

qui donnent la maladie. C'était déjà un grand pas de fait. On n'avait pu encore, malgré les efforts de Hallier et d'autres, réussir à cultiver *in vitro* un ferment pathogène.

Il était réservé à Pasteur de compléter son œuvre, avec l'aide de ses élèves Joubert et Chamberland. Ce sont eux qui les premiers cultivent avec succès sur des matières inertes la bactérie charbonneuse. Koch démontra quelque temps après, en 1876, que ces cultures successives gardaient leur virulence. Dès lors le principe est né et la méthode créée. Les chercheurs se disent : " Toute maladie virulente contagieuse doit être causée par un ferment, un germe, un microbe ; il est possible d'isoler ce microbe, de le cultiver ; et puisqu'il conserve sa virulence, il sera facile de l'inoculer à des animaux." Dès lors les bactériologistes purent travailler sur des données solides et l'on vit successivement les savants dont les noms suivent découvrir le germe des maladies suivantes : Pasteur : la pyhémie, la septicémie gangréneuse ; Toussaint : le choléra des poules ; Klein, Pasteur et Thuillier : le rouget du porc ; Arloin, Cornevin et Thomas : le charbon symptomatique ; Bouchard, Capitan et Charrin, — Schutz et Loeffler : la morve ; Koch : la tuberculose ; Talamon, Frankel : la pneumonie ; Eberth : la fièvre typhoïde ; puis viennent les staphylocoques, les streptocoques, le bacille de Klebs Loeffler, etc. . . . On pensa d'abord avec Toussaint, que les microbes causaient la maladie, en obstruant les vaisseaux. Puis Charrin, Chamberland et Roux prouvèrent en 1887 que les microbes secrètent des produits solubles. Dans tous les cas, on peut dire que dès 1876 la bactériologie est fondée ; et quatre ans plus tard, en 1880, la nouvelle science fut reconnue officiellement à l'Université de Paris, où le prof. Bouchard l'enseigna pour la première fois.

### HISTOIRE NATURELLE

Quels sont donc ces êtres microscopiques qui donnent la spécificité et la virulence à une maladie et sont les agents de la contagion ? Les médecins les appellent micro organismes ou microbes ; les naturalistes les nomment bactéries et les classent entre les champignons microscopiques et les algues inférieures. Ce sont des cellules végétales. Elles se reproduisent par spore, c'est-à-dire par prolifération, et ont la propriété, comme toute plante, d'emprunter à l'air son acide carbonique. On les voit sous le microscope, par cellules isolées ou par groupe de cellules, et elles s'entourent quelquefois d'une enveloppe gélatineuse. Ce sont alors des zoogées dont le groupement forme des colonies. Chaque espèce de bactérie a sa manière spéciale de se grouper, ce qui permet de les diagnostiquer. Les bactéries ont des mouvements et se colorent parfois spontanément. Elles ont des formes variées : cellule isolée, bâtonnet, filament,

spire, etc.; on les appelle alors : microcoques, bacilles, vibrions, spirilles, etc. Mais ce qui nous intéresse le plus, c'est que ces cellules végétales se nourrissent de la même manière que les cellules organiques de nos tissus. Elles absorbent des substances qui leur sont utiles et rendent des substances de désassimilation qu'on appelle diastases. Les bactéries peuvent quelquefois, simplement par leur présence, provoquer *en se nourrissant* des phénomènes d'oxydation, de réduction ou de dédoublement ; mais elles agissent surtout par leurs diastases qui hydratent et dédoublent l'amidon, la cellulose, l'urée, l'acide hippurique, les matières albuminoïdes, etc.

#### ÉTILOGIE GÉNÉRALE. — HÉRÉDITÉ.

Mais avant de nous occuper en détail des symptômes des maladies infectieuses — on peut dire que toute maladie produite par un microbe est infectieuse — voyons un peu l'étiologie, c'est-à-dire comment se fait la contagion.

Il n'y a point de doute que l'on trouve les microbes dans l'air, avec les levures, les moisissures, etc. . . . Cela varie suivant que l'on se trouve sur terre ou sur mer, à la ville ou à la campagne, sur une montagne ou dans la vallée, et suivant aussi la sécheresse ou l'humidité de la température. Il y a des maladies qu'on ne trouve qu'en certains pays : tels sont la malaria et le vomito negro. C'est un fait connu à Rome que lorsque le vent qui souffle sur la ville vient des marais pontins, les cas de fièvre triablante sont très fréquents. Nous avons pu juger dans notre pays de la rapidité avec laquelle l'influenza se propage. Le rôle de l'air comme véhicule n'est pas à nier. Certaines déjections se dessèchent et circulent dans l'air en conservant leur virulence, comme les crachats des tuberculeux, par exemple.

La surface du sol contient des bactéries qui se chargent de décomposer les matières organiques qu'on y met, mais ces bactéries sont inoffensives pour l'homme vivant en général. On en trouve cependant qui sont pathogènes : ce sont les microbes de la gangrène gazeuse, du tétanos, du charbon, de la fièvre typhoïde et de la malaria. Ces microbes se développeraient bien surtout dans un terrain humide. C'est là-dessus que Pettenkofer appuie sa théorie du *grundwasser*, de la nappe d'eau souterraine. Suivant que le terrain est plus humide ou devient plus sec, la fièvre typhoïde ou le choléra augmentent ou diminuent. Koch et ses élèves n'admettent pas cette théorie. Quant à la transmission du choléra et de la fièvre typhoïde par l'eau, c'est un fait prouvé. Il est nécessaire de boire de l'eau pure, quand même ce ne serait que pour éviter les entérites. En France, on a fait cesser les épidémies de fièvre typhoïde dans les casernes en filtrant l'eau. Les anciens expliquaient les épidémies par des miasmes. Il n'y a pas de doute que les grands mouvements

de terrain sont dangereux en dégageant des gaz qui affaiblissent l'organisme ; c'est ce qui est arrivé dans les chantiers du fameux canal de Panama. Nous verrons tout à l'heure le rôle important de l'organisme dans la propagation des maladies contagieuses.

Le grand mode de propagation, le plus commun et celui qui nous intéresse davantage, c'est la contagion par contact. C'est là-dessus qu'est basée l'antiseptie chirurgicale, et vous savez les brillants succès qu'elle obtient. L'exemple le plus frappant de contagion que je connaisse m'a été conté par le Père Lacombe. Il y a vingt cinq ans, les Cris et les Sioux étaient en guerre continuelle. Les jeunes gens surtout cherchaient toutes les occasions de se signaler. Au printemps de cette année-là, une vingtaine de ces jeunes gens partent à la recherche de guerriers sioux. Ils arrivent un jour dans un camp abandonné, et trouvent plusieurs cadavres richement habillés ; ils les dépouillent, revêtent les habits, placent les couvertures sur leurs chevaux et reviennent tout fiers de leur butin. Mais voilà que rendus au camp, ces jeunes gens tombent malades. On s'empresse autour d'eux, on les soigne. La plupart meurent ; les garde-malades sont alités à leur tour. Bientôt la maladie gagne tout le camp. On envoie des messagers avertir les tribus voisines. Ces gens apportent les germes avec eux, et en peu de temps, dans toutes les missions desservies par les Pères Oblats, les deux tiers de la population sont malades, et un tiers est emporté par le fléau. Telle est l'origine de la première épidémie de variole au Nord-Ouest canadien. Elle démontre d'une manière frappante la réalité du transport des germes par les vêtements et les personnes. Et combien d'autres faits l'on pourrait raconter. Quel est celui d'entre nous qui, en dehors de toute question de propreté, voudrait fumer avec la pipe d'un syphilitique ayant des plaques muqueuses. Les sécrétions et les excréments des malades contiennent aussi des germes. Ce mode de contagion est encore moins difficile à prouver que le précédent. Sans vouloir être trop indiscret, j'affirmerai que ce mode de contagion est le premier qui s'offre à l'expérimentation des étudiants, et que plus d'un en conserve de cuisants souvenirs (1). Dans la fièvre typhoïde, la lésion étant dans l'intestin, ce sont les excréments qui servent de véhicule aux germes. Nous avons vu précédemment que ces germes vivent très bien dans le sol et dans l'eau. En voici un exemple. La ville du Havre fut ravagée en 1887 par une épidémie de fièvre typhoïde qui dura deux ans. Le Dr Brouardel, un des plus forts médecins légistes de France, fut chargé avec un confrère, le Dr Thoinot, de trouver la cause de cette épidémie. Il constata d'abord que le quartier le plus éprouvé était fourni d'eau par une source située aux environs de la ville. Il put établir ensuite, par des recherches minutieuses que la

---

(1) Ce travail devait être lu devant l'association des étudiants en médecine.



maladie avait commencé à se répandre quelques temps après que les propriétaires des fermes situées autour de la source eussent étendu sur leurs terres des vidanges apportées du Hâvre et que ces vidanges contenaient les excréments de plusieurs malades typhoïques. Une fois l'eau de la ville contaminée, la maladie se répandit avec une rapidité très grande. Ce n'est pas étonnant et cela prouve une fois de plus que la contagion s'opère aussi bien par le tube digestif que par le tégument externe. C'est ce que Pasteur découvrit en étudiant la maladie des vers à soie. Les vers malades avaient mangé des feuilles de murier tachetées de brun ; eux-mêmes présentaient des taches brunes sur le corps. Il prouva que ces taches étaient la cause de la maladie, et que le meilleur moyen de la prévenir était de choisir des feuilles saines. Il prouva de plus que, les vers sains, dans leurs luttes avec les malades, prenaient la maladie si leurs pattes excoriées venaient en contact avec ces taches brunes. Il fallait donc aussi isoler les vers malades. Ces découvertes sauvèrent l'industrie de la soie en France, et donnèrent pour la première fois des idées justes sur les deux grands modes de contagion par la muqueuse et par la peau.

Nous verrons tout à l'heure qu'il faut des conditions spéciales de réceptivité. Etablissons dès maintenant qu'un germe, un microbe pénètre en nous par la muqueuse ou la peau ; qu'il vient jusqu'à nous par l'air, le sol, l'eau, les aliments ou une tierce personne, à moins que nous n'allions le chercher nous-mêmes auprès d'un malade dans ses excréments, ses pellicules de desquamation, ses plaies, ou sur les objets dont il se sert. Naturellement, dans tout ceci, il faut savoir faire la part des circonstances.

Il existe encore un mode de contagion dont l'importance est extrême et que l'on discute beaucoup en médecine ; il s'agit de l'hérédité. Un germe de la mère peut-il passer à l'enfant ? D'abord, si la chose est possible, ce ne peut être que pour les germes qui suivent la circulation ; et comme l'enfant est relié à sa mère par le placenta, la question se résume à ceci : cet organe laisse-t-il passer les microbes ? Jusqu'en 1882, la loi de Brauell-Davaine était admise par tout le monde : le placenta est un filtre parfait. Cette année là, Strauss et Chamberland prouvèrent le contraire en donnant le charbon à des femelles enceintes, qui mirent au monde des petits charbonneux. Alors, si les microbes peuvent traverser le placenta, pourquoi le font-ils quelquefois, et d'autres fois non. Malvoÿ a prouvé que cela dépendait de l'altération de cet organe. Seulement quelles sont les conditions qui favorisent cette altération ? On ne sait pas encore. Mais l'hérédité directe existe d'une manière indéniable : des enfants sont venus au monde avec la variole et la syphilis, on a fait l'autopsie d'enfants morts nés qui avaient des lésions tuberculeuses. Emprisons-nous d'ajouter que l'hérédité directe est fort rare. D'ailleurs, cette altération nécessaire du

placenta ne serait elle pas la cause principale de la fréquence des avortements dans les maladies contagieuses? Quoi qu'il en soit, ce que l'on admet, surtout dans la tuberculose, c'est l'hérédité du terrain. Le spermatozoïde de l'homme et l'ovule de la femme sont deux cellules vivantes qui transportent chez l'enfant le tempérament d'origine; c'est par elles que se propagent les diathèses. Il y aurait une foule de choses intéressantes à dire à ce sujet; mais il faudrait sortir des considérations générales, parler de l'immunité et ce serait trop long. Cependant notons bien des maintenant que l'hérédité n'est pas fatale, la contagion encore moins. Un tempérament se modifie par l'hygiène; la contagion ne s'opère que si l'organisme le permet. La force vitale est toujours prête à lutter contre l'attaque: ce sont les gens faibles qui succombent. A part les microbes de haute spécificité, telles que la syphilis et la rage, les germes ne se développent que dans un terrain favorable. Les causes d'affaiblissement sont multiples. Le climat, l'altitude, les saisons, l'âge, le sexe, le froid, le chaud, le jeûne, la misère, le surmenage, les diathèses ont leur mot à dire. On contracte la fièvre jaune et l'ictère infectieux dans les pays chauds, la malaria dans les plaines marécageuses, une pneumonie quand il survient des changements subits de température; un vieillard, un enfant, une femme voient leur vie très exposée dans certaines maladies, de même les surmenés et les misérables dans une épidémie quelconque. Tout cela pourquoi? Parce que ces diverses circonstances ont diminué leur pouvoir de résistance et les ont mis à la merci d'un germe très actif, qui dérobe à leur organisme, sans trop de lutte de sa part, les matières propres à sa nourriture, et lui rend en échange des sécrétions qui l'empoisonnent.

—A continuer.

---

## MÉDECINE

---

**Traitement des maladies de l'estomac.**— Les troubles de l'estomac peuvent dépendre d'une tuberculose pulmonaire latente, d'une broncho-pneumonie, d'une pleurésie chronique (surtout la forme diaphragmatique), de l'asthme, et des maladies du cœur et des vaisseaux. Il faut alors traiter ces maladies. Lorsqu'il y a nausée, gonflement, goût aigre et sur, l'irrigation est indiquée. Il n'est pas bon de répéter cette opération à cause de son effet psychique ; mais aussi deux ou trois lavages ne sont pas suffisants pour débarrasser la cavité de tous les résidus alimentaires. Le tube doit être mou et posséder une double ouverture à son extrémité inférieure. On doit le mouiller avec de l'eau chaude. L'usage en est contre-indiqué dans la gastrite aiguë (excepté celle causée par la fermentation alimentaire ou l'empoisonnement), dans la pharyngite douloureuse, l'ulcère gastrique, la dilatation cardiaque, l'anévrisme ou le rétrécissement de l'œsophage. On fait passer une ou plusieurs fois, environ 500 grammes d'eau chaude alcalinisée ou non. Lorsque les aliments sont séparés par des mucosités de l'épithélium absorbant et sécréteur, l'irrigation est indiquée. Dans ces cas le chlorure de soude et les carbonates agissent comme dissolvants. Dans les cas mauvais de gastrite chronique, les solutions de nitrate d'argent à 1 pour 2000 réussissent bien lorsqu'on les fait précéder par de l'eau chaude et du carbonate de soude. La papayotine est un excellent aide à la digestion dans un estomac atonique sécrétant peu. La pancréatine convertit l'amidon en dextrine, émulsionne les graisses, etc., mais n'a aucun effet dans un milieu acide ; par conséquent, il est inutile de l'administrer à un estomac acide. La pepsine dans l'eau avec l'acide hydrochlorique dissout les albuminates. Quand l'estomac n'en sécrète pas, comme dans l'anémie, la scrofuleuse, etc., leur usage est tout bénéfique.

Les préparations de bismuth sont une protection adoucissante et anti fermentescible de la muqueuse de l'estomac. La névralgie gastrique des anémiques, des hystériques et des femmes enceintes est impressionnée probablement par ce remède. Lorsque l'on prescrit le nitrate d'argent, on doit défendre l'usage du sel dans les aliments, et l'estomac autant que possible doit être vide. Les solutions sont préférables aux pilules.

Pour un adulte, on peut donner un demi à un grain dans quatre onces à la dose d'une cuillerée de table toutes les deux heures. Pour l'irrigation, on peut employer quelques grains du sel d'argent pour une pinte d'eau. Le charbon est inutile lorsqu'il est mouillé ; on doit le donner en capsules ou en cachets, et n'employer que le char-

bon animal. Les amères sont indiqués dans les estomacs atoniques. Les racines de gentiane, le colombo, le quassia, le pissenlit, la mousse d'Irlande et le condurango seront employés avec profit. Le meilleur de tous les amères est la noix vomique. La rhubarbe à petites doses n'a aucun effet cathartique; elle améliore l'appétit, surtout chez les enfants rachitiques. L'inertie de l'estomac peut être traitée par l'orexine, les épices, le massage, les douches internes (chaudes ou froides), l'électricité, etc. Le défaut, d'acide chlorhydrique est le résultat de l'anémie, d'un trouble de l'innervation, de l'atrophie des glandes, de cicatrices ou d'une tumeur. La pepsine fait en même temps défaut. On peut les remplacer médicalement. L'excès d'acide est plus fréquent. Cela peut dépendre d'une gastrite chronique, d'une ulcération ou d'une névrose. L'abus du tabac ou de l'alcool en est aussi une cause. Tout ce qui stimule la sécrétion gastrique doit être évité. Au lieu des aromatiques, d'un acide ou du bicarbonate de soude, etc., donnez le nitrate d'argent en solution, 1 pour 3000 ou 4000, à la dose d'une cuillerée de table. Dans tous ces cas, les antacides sont indiqués, tels que craie préparée, magnésie, bismuth, etc. Il faut neutraliser l'acide butyrique avant l'ingurgitation des aliments. La magnésie doit être donnée dix minutes avant un repas. Théoriquement, l'ulcère rond exige un repos absolu. La seule nourriture permise est le lait stérilisé, et encore le malade ne doit pas le boire, mais le prendre par cuillerées à thé. On doit maintenir l'estomac alcalin, et non distendu. Les repas seront légers et fréquents. Les opiacés sont utiles pour maintenir le repos. Il faut éviter l'irrigation.

Dans le vomissement et la gastralgie des personnes neuropathiques, l'auteur s'est bien trouvé de l'administration des remèdes suivants : 1° Teinture d'iode à la dose d'une demi ou une goutte toutes les une à trois heures ; 2° acide arsénieux à la dose de  $\frac{1}{16}$  à  $\frac{1}{3}$  de milligramme toutes les une à trois heures ; et 3° le valérianate de zinc à la dose de 75 à 125 centigrammes par jour. L'oxyde de zinc est aussi utile en six doses quotidiennes de 2 à 5 centigrammes chacune. Dans le vomissement de la grossesse, une goutte toutes les heures de vin d'épica donne un bon résultat. L'application du courant interrompu, un pôle sur le cou et l'autre sur l'épigastre, est efficace aussi. La constipation peut causer des vomissements et doit être soulagée par des purgations et des lavements. Lorsque la fermentation se prolonge, il faut s'assurer de la nature des aliments. Le nez et le pharynx doivent être examinés. L'un des anti-fermentatifs employés par l'auteur est l'acide chlorhydrique. Trente à quarante gouttes dans une chopine (*quart*) d'eau font un bon breuvage. La créosote, le permanganate de soude, la résorcine, le calomel, etc., agissent très bien.

En cas d'hématémèse, n'employer ni sondage, ni lavage. Le perchlorure de fer et l'acétate de plomb font peu de bien. Évitez l'usage

de l'alcool, et même de l'eau. La glace à l'intérieur peut faire de bien en contractant l'estomac. On peut aussi employer l'ergot hypodermiquement. Tenez le corps dans le décubitus, l'estomac contracté par un sac de glace pesant ; donner la nourriture, tel que le lait glacé, en petites quantités. Le sousnitrate de bismuth rend des services, et est à peu près le seul médicament toléré. On obtient le calme moral et celui de la circulation par l'usage de la morphine en injections hypodermiques. La perte de l'appétit dans le carcinome de l'estomac s'améliore par la noix vomique, le colombo et surtout le condurango. L'anémie demande des préparations légères de fer ; la constipation doit être traitée par des purgatifs végétaux, et non salins ; on peut donner la morphine contre la douleur, mais non pas l'hydrate de chloral ; on emploie le charbon et la créosote contre les éructations ; les vomissements sont arrêtés par la morphine, la créosote, l'acide chlorhydrique. Jusqu'à un certain point, on peut non seulement traiter les symptômes secondaires, mais les améliorer. Le bleu de méthylène est efficace dans bien des cas ; il soulage et améliore à la dose de un à deux grains par jour. On voit même par son emploi les tumeurs diminuer de volume. — *Dr Jacobi, de New York, in Dominion Medical Monthly.*

**Du diabète aqueux, résumé d'une clinique du professeur JACCOUD.** — D'une manière générale, parler du diabète, c'est évoquer à l'esprit la présence du sucre dans l'urine. C'est aussi faire penser à un trouble fonctionnel du foie et de la rate, ainsi qu'à une perturbation de la nutrition générale. Tout le monde sait aussi qu'il y a un faux diabète, le diabète insipide ; le malade urine beaucoup, et l'urine ne contient pas de déchets organiques en excès ; elle est simplement aqueuse. C'est sur cette forme que le Dr Jacoud a donné sa clinique. Mais il en profite pour parler des autres formes ; car il y en a encore quatre variétés. Dans tous les cas de diabète, la quantité d'urine émise chaque jour est augmentée ; et comme la maladie a pour cause un trouble de la nutrition, il y a toujours aussi élimination exagérée d'un déchet organique quelconque. Ce peut être du sucre ; ce peut être aussi de l'albumine, de l'urée, des phosphates, des peptones, ou simplement de l'eau. Voilà les six espèces de diabète dont parle le Dr Jacoud, comme il n'y a que le premier qui soit sucré, les autres ne sont donc que des variétés du diabète insipide. Leur gravité n'en est pas diminuée pour tout cela. Si, après avoir lu ce passage de la clinique du Dr Jacoud, vous consultez le *Traité de Médecin*, vous verrez que la division est la même sous une autre forme. En effet, Legendre vous dira que le diabète est une maladie primitive de la nutrition ; que le diabète sucré est le diabète vrai, et les autres des pseudo-diabètes ou polyuries insipides avec élimination de substances organiques ou salines. Il ne parle pas, par exemple, du diabète albuminurique, et l'*Union Médicale*, qui a lu fort atter-

tivement les travaux de Dieulafoy sur le brightisme, est fort portée à faire ses réserves aussi. Mais occupons-nous du diabète aqueux et du malade de Jaccoud. Nous y trouvons des choses intéressantes au point de vue étiologique. Le malade commence les excès de vin à treize ans ; à vingt-trois, il entre au régiment, conserve le vin et y ajoute les alcools ; aussi, un beau jour, l'intoxication organique se complète, et le malade fait un séjour prolongé dans les hôpitaux militaires pour un délire aigu. Première cause : dix ans d'alcoolisme. Le malade cesse de boire. En 1889, il est mordu par un chien enragé et traité à l'Institut Pasteur ; cela l'impressionne au point de lui faire perdre plusieurs fois connaissance. Deuxième cause, plus puissante encore que la première : le choc nerveux. Aussi, dès l'année suivante, la polydypsie et la polyphagie font leur apparition, par intermittence d'abord, et se fixent définitivement en 1890. En 1891, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Lancereaux, avec une faiblesse générale, des douleurs lombaires et des crampes dans les membres inférieurs. Diagnostic : diabète insipide chez un alcoolique hystérique. On le traite pendant cinq semaines à la belladone et à la valériane, et il sort guéri. Mais voilà qu'en 1893 il attrape la syphilis : troisième cause puissante du diabète insipide. En même temps que la roséole, la polyurie apparaît de nouveau. Il va d'abord voir Fournier à Saint Louis, puis entre à l'hôpital Cochin. On le soigne à la valériane et à l'antipyrine. Le traitement est plus long, deux mois, et le résultat moins satisfaisant ; car quelques mois après sa sortie le malade entre dans le service de Jaccoud. Celui-ci le soigne à l'extrait thébaïque à doses croissantes. Le malade sort guéri, mais revient de nouveau un mois après. On le soumet au même traitement, et le jour où Jaccoud donne sa clinique, la maladie est beaucoup améliorée. La tenacité du diabète doit être rapportée à la syphilis plutôt qu'à l'état hystérique, qui n'est pas très distinct. Cette clinique est intéressante en ce qu'elle confirme la donnée que le diabète insipide est causé par un trouble de la nutrition, et que ce trouble vient surtout du système nerveux.

Le malade de Jaccoud ne maigrit pas, mais il n'équilibre sa nutrition que par une polyphagie énorme.

**La pathologie et le traitement des typhlites, AU CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE MUNICH (avril 1895).** — La typhlite continue à être à l'ordre du jour des sociétés médicales. Après la Société médicale des Hôpitaux de Paris, qui a consacré récemment plusieurs séances à discuter les indications du traitement médical et les restes de l'intervention opératoire, le Congrès des médecins allemands qui s'est réuni à Munich au commencement du mois d'avril, a été l'occasion d'importantes communications sur la pathologie et le traitement des typhlites.

La discussion qui a suivi les rapports de Sahli et de Helferich a été d'autant plus intéressante qu'un certain nombre de chirurgiens (Sonnenburg en particulier) ont tenu à y prendre part.

Parmi les différentes opinions émises à ce Congrès sur la nature des typhlites, nous relevons tout d'abord celle de Sahli, un des deux rapporteurs.

Pour Sahli (de Berne), les diverses affections décrites sous le nom de typhlite, appendicite, paratyphlite et pérityphlite, ne sont, en réalité, qu'une seule maladie, à laquelle convient mieux le nom de pérityphlite. Toutes les divisions proposées sont purement artificielles. Ces différentes formes d'inflammation du cæcum sont comparables aux amygdalites et aux périamygdalites.

Le rôle qu'on a fait jouer à la coprostase est nul et insignifiant. La tumeur de la pérityphlite n'est pas constituée, comme on l'a dit, par des matières stercorales ou par un exsudat séro fibrineux doublant l'appendice. Elle a toujours pour point de départ un noyau purulent plus ou moins volumineux qui en forme le centre. Avec ce noyau purulent, la tumeur pérityphlite est formée par l'épaississement du péritoine, du fascia transversalis, du tissu cellulaire, et parfois des muscles de la paroi abdominale. Le noyau purulent, centre de la tumeur, peut siéger à l'extérieur ou à l'intérieur de l'appendice.

Le mode d'évolution de la tumeur pérityphlitique est en rapport avec la nature des microbes qui en sont la cause, avec son volume et aussi avec son siège. Les petits abcès guérissent spontanément par résorption du pus ou par ouverture de l'abcès dans l'intestin.

L'opinion de Sahli, sur la présence constante du pus dans la pérityphlite, n'a généralement pas été admise, et presque tous les orateurs ont revendiqué l'existence des deux formes de la typhlite : la forme catarrhale et la forme suppurée.

Pour Helferich, il y a, au début, une légère inflammation de la muqueuse du cæcum, provoquant le gonflement de la muqueuse et la stagnation des matières.

La typhlite s'aggrave quand cette lésion primitive de la muqueuse provoque la suppuration des tissus de voisinage soit par contiguïté, soit par retentissement sur les lymphatiques et les vaisseaux. La cause première de l'inflammation de la muqueuse cæcale est d'ordre microbien. Le microbe qui joue le rôle le plus important est le colibacille.

Sonnenburg qui, comme on le sait, a opéré un grand nombre de pérityphlites, a déclaré avoir constaté la typhlite catarrhale dans douze cas sur cent vingt. Deux fois, il a vu l'exsudation séreuse niée par Sahli.

Pour Sonnenburg la coprostase joue un rôle incontestable dans le développement de la typhlite.

Curschmann a confirmé le fait signalé par Morin dans sa thèse, que l'appendice n'était pas toujours le point de départ de la typhlite. Sur dix-huit autopsies, il a noté plusieurs fois l'absence de toute lésion de l'appendice, avec seulement des lésions de colite et de péri-colite.

Des statistiques produites par plusieurs membres du Congrès ont montré que le plus souvent la typhlite était susceptible de guérir sans opération. Sur un total de 6,740 malades non opérés, la guérison est survenue 92 0/0 (Sahli). Dans l'armée allemande, 2,000 cas ont guéri sans opération dans 96 0/0. Curschmann (de Leipsick) a apporté une statistique de 452 cas traités médicalement, avec une mortalité de 6.5 0/0.

Le grand nombre des pérityphlites qui ont guéri sans opération ne doit cependant pas être interprété comme tout à fait démonstratif de la bénignité de la maladie. En effet, les pérityphlites non opérées sont généralement des pérityphlites bénignes. Les cas sérieux sont confiés aux chirurgiens.

Il est encore possible qu'un certain nombre de malades morts d'une pérityphlite non opérée aient pu être sauvés par une opération faite en temps opportun.

Enfin, la récurrence se voit dans 20% des cas non opérés.

Bauggartner (de Bade), qui est partisan de l'intervention chirurgicale précoce, explique par la précocité de l'intervention ce fait que depuis dix ans, il n'a pas perdu un seul malade de pérityphlite aiguë.

L'intervention opératoire a d'ailleurs été admise au Congrès de Munich, comme indispensable dans un certain nombre de cas. Les avis ont été seulement partagés sur le moment où cette intervention devait être faite et sur la nécessité de l'excision de l'appendice.

Sahli a admis que les cas qui ne s'amélioraient pas par la médication interne dans une période de trois à dix jours devaient être opérés, et qu'il en était de même pour ceux où, après une rémission momentanée, il y avait reprise des accidents aigus. Le faciès abdominal, la sécheresse de la langue, l'hyper ou l'hypothermie, les frissons, les sueurs, l'état du pouls, le météorisme, sont des indications à l'opération. Au besoin, une ponction exploratrice avec une aiguille fine peut être pratiquée. Au point de vue de la nature de l'intervention, Sahli considère l'ouverture de l'abcès comme plus importante que la résection de l'appendice.

Helferich a rappelé que la plupart des cas de mort dans la pérityphlite étaient observés dans la première semaine. Pour cette raison, il est plus partisan d'une intervention chirurgicale précoce que



Sahli. Il a, de plus, fait remarquer qu'au début de la maladie, l'état général du malade était meilleur et que, localement, l'absence d'adhérences rendait l'opération plus facile.

Sonnenburg s'est défendu de revendiquer pour les chirurgiens tous les cas de typhlite. Il a reconnu que l'appendicite simple n'exigeait pas une opération, et que seuls les cas où on reconnaissait la présence du pus devraient être opérés. Il considère la résection de l'appendice comme nécessaire.

Au cours de la discussion sur la pérityphlite, Angerer et Ewald ont signalé des faits de mort, sans péritonite et sans lésion grâve du cæcum et de l'appendice, dans lesquels le mécanisme de la mort est d'une interprétation difficile. Dans les faits observés par Angerer, il y avait des phénomènes d'obstruction intestinale aiguë, avec douleurs dans la région ilio-cæcale : à l'opération, il n'existait qu'un gonflement peu marqué des tissus avoisinant le cæcum et l'appendice, Ewald a attribué à l'auto-intoxication d'origine microbienne deux cas de mort chez des individus qui succombèrent dans le coma, et à l'autopsie desquels il n'existait qu'une colite muqueuse simple.—  
*L'Union Médicale.*

---

## CHIRURGIE

---

**Cause d'irréductibilité des anciennes luxations du coude en arrière,**  
Soc. Méd. de Lyon, 1er avril.—M. OLLIER fait une communication sur une cause d'irréductibilité des anciennes luxations du coude en arrière.

Cette cause consiste dans l'ossification du périoste arraché avec les ligaments, formant ainsi une colonne osseuse à laquelle M. Ollier a donné le nom de *coulée huméro-radiale* et qui forme un obstacle solide empêchant toute réduction. Cette colonne se moule sur la cupule du radius et il semble que le radius s'articule avec le condyle externe reporté en arrière.

Cette ossification nécessite la résection de l'extrémité luxée du radius, de l'extrémité inférieure de l'humérus et de la coulée huméro-radiale pour la réduction complète de la luxation.

Il faut de plus une résection large, surtout chez les enfants, pour éviter une ossification trop serrée et conserver des mouvements à l'articulation. Sinon il faudra faire une deuxième résection plus tard, comme cela est arrivé à M. Ollier. Il faut toujours bien surveiller ces réséqués et détruire à mesure les jetées ostéophytiques qui tendent à former une ankylose osseuse de l'articulation.

Pour les cas récents de luxations irréductibles, la syndesmotomie donne des résultats encore plus satisfaisants, des mouvements plus complets, mais les indications sont rares; il faut qu'il n'y ait ni fractures ni ossification parostale, sinon la résection est le seul procédé à employer.

M. DELORE dans ses expériences sur le genu valgum avait constaté le décollement et l'ossification ultérieure du périoste décollé. Il demande à M. Ollier si cette néo ossification est bien solide et si elle n'est pas susceptible de s'atrophier, de disparaître avec le temps.

M. OLLIER a constaté dans des luxations de trois mois chez des enfants adolescents que cette colonne osseuse était très solide et qu'elle avait la consistance de l'humérus normal. Il pense que ce n'est que dans les quinze premiers jours qu'on a une ossification assez molle pour céder aux tractions.

D'autres part les masses d'ossification périostiques ne se résorbent jamais. Les jetées intra-musculaires peuvent se résorber, l'os normal dépouillé de son périoste peut même se résorber dans sa portion dépourvue de périoste, tandis que l'os nouveau tend à s'organiser de plus en plus et à remplacer l'ancien.

M. GOULLIQUOUD a vu M. Fochier réséquer des enfants atteints de luxations irréductibles du coude en arrière, constater les jetées

osseuses nouvelles et les interpréter comme venant à l'appui des lois de l'ossification périostique telles qu'elles ont été formulées par M. Ollier.—*Lyon Médical*.

**Calcul vésical enchâssé dans l'urèthre; gangrène consécutive; opération par l'uréthrotomie externe.**—William R. . . , 16 ans, bien conformé, est admis à l'hôpital de Pennsylvanie, le 2 janvier 1895, avec l'histoire suivante : A depuis longtemps de l'irritabilité de la vessie et des désirs fréquents d'uriner ; a quelquefois remarqué en urinant un arrêt subit du jet. Le 23 décembre, la chose se renouvelle, et l'interruption reste permanente. Le 26, étant très mal, il consulte un médecin, qui trouve un calcul enchâssé dans l'urèthre, à deux pouces et demi du méat. Le calcul se brise en plusieurs morceaux sous les efforts que l'on fait pour l'extraire, mais on l'enlève tout de même, et le patient rapporte qu'il passa alors une tasse de sang environ, mais ne put vider sa vessie. Quelques heures après l'opération, le pénis et le scrotum enflent et forment une tumeur présentant des plaques noirâtres. La rétention d'urine est absolue. L'état général devenant sérieux, on amène le malade à l'hôpital neuf jours après la fixation du calcul.

Lors de son admission à l'hôpital, le patient est en état de choc ; faiblesse très grande et fièvre septique. Le pénis et le scrotum sont œdématisés ; l'enflure est énorme, présente la forme d'une tumeur compacte et globuleuse, du volume d'une grosse orange : la peau est gangrénée. Avant l'envoi du malade à l'hôpital, un chirurgien a scarifié la partie malade sans amener de soulagement. La vessie est complètement distendue, et la tumeur est causée par l'infiltration d'urine due à la rupture de l'urèthre par la gangrène.

*Opération.*—On fait l'incision dans la ligne médiane, depuis le pénis à travers le scrotum jusqu'au périnée, et l'on découvre une large collection d'urine formant la tumeur. L'incision divise le scrotum dans le milieu et met à jour l'urèthre, qui est gangréneux sur une longueur d'à peu près deux pouces ; la rupture est située en avant du scrotum, évidemment là où le calcul s'était logé. On ouvre alors l'urèthre périnéal et on vide la vessie. On glisse par la plaie un tube à drainage jusque dans la vessie, et l'on en glisse un autre par le méat. Les deux tubes sont enlevés après deux semaines. Les tissus mortifiés se sphacèlent bientôt, laissant une plaie granuleuse de bonne apparence. La vessie est vidée tous les jours à l'aide d'un cathéter d'argent, et le cas s'achemine vers la guérison sans autre incident. Aujourd'hui, un mois après l'opération, la large fistule uréthrale est encore ouverte et la plaie en bonne voie de guérison. Peut-être la réparation complète de la partie détruite de l'urèthre exigera-t-elle une opération plastique, surtout si l'on s'aperçoit qu'il se produit du rétrécissement ou de la déviation de l'organe par suite de la cicatrisation.—*Thomas J. Morton, in College and Clinical Record*.

**Le traitement de l'épithélioma ; clinique donnée à la Polyclinique de New-York par le prof. John A. Wyeth, le 11 avril 1895.**—Voici le patient sur qui nous avons opéré, il y a quelque temps, un épithélioma du côté droit du menton s'étendant presque jusqu'au bord rouge de la lèvre inférieure. Le patient ayant été anesthésié, j'enlevai tout le tissu atteint jusqu'au périoste de la mâchoire inférieure ; mais comme nous n'étions pas certains que l'os eut été lésé par le processus, je n'enlevai pas le maxillaire inférieur. L'os était quelque peu rugueux, mais il n'y avait aucune trace de tissu granuleux comme on en voit dans les maladies malignes des os. Je grattai comme il faut la blessure, et j'appliquai la pâte de Marsden, qui a la propriété de ne détruire que les tissus malades et de ne pas altérer les tissus sains. La pâte détruisit la couche superficielle de l'os, prouvant ainsi qu'il avait été atteint par la maladie, malgré son apparence saine.

Le trois de ce mois, je faisais à Saint-Louis un discours sur la chirurgie où je résumais les différentes questions chirurgicales qui avaient attiré mon attention durant l'année précédente. L'une de ces questions était le traitement de l'épithélioma superficiel. J'ai complètement changé d'idées sur le sujet durant les cinq ou six dernières années. S'il survenait un épithélioma superficiel sur n'importe quelle partie de ma personne où je pus appliquer la pâte de Marsden, je préférerais cette méthode de traitement à celui du couteau. Dans les cas où la maladie existe depuis si longtemps que l'on ne peut pas se fier à la pâte seule, je préférerais d'abord couper ou curetter la partie malade, et appliquer la pâte ensuite. On obtient de cette manière des résultats plus satisfaisants que par tous les autres traitements que je connaisse.

La formule de la pâte de Marsden, que je vous ai donnée nombre de fois, est la suivante :

Acide arsénieux.....	2 drachmes
Gomme arabique pulvérisée.....	1 drachme
Muriate de cocaïne.....	18 grains

Lorsque vous êtes prêts à employer ces différentes substances, vous les convertissez en pâte en ajoutant de l'eau, de manière à lui donner la consistance d'une crème riche, et vous appliquez cette pâte sur la plaie à l'aide d'un morceau de toile que vous laissez en place de dix-huit à trente-six heures. On répète la chose aussi souvent qu'il est nécessaire. La formule précédente est celle qui donne la pâte la plus forte. Dans la préparation la plus faible, on n'emploie qu'une drachme d'acide arsénieux et douze grains de cocaïne. La préparation originale de Marsden se composait simplement de l'acide arsénieux et de la gomme arabique à parties égales. On a ajouté la cocaïne pour combattre la douleur ; à notre connaissance, cela n'a jamais donné naissance à des symptômes constitutionnels.

C'est un fait que l'acide arsénieux, combiné d'une certaine façon à la gomme arabique, nous donne un des plus puissants remèdes dans le traitement du cancer. Dans beaucoup de cas de ma pratique personnelle, l'emploi de ce traitement a donné les résultats les plus satisfaisants, opérant une guérison complète et sans récurrence. Il est difficile de dire si l'action du remède est complètement mécanique, ou bien mécanique d'une part et phagocytique de l'autre ; au point de vue pratique, cela revient à dire que la petite bête mange l'autre, (*one bug eats up another bug*). Il est possible que ces applications répétées déterminent un processus suppuratif dont les germes détruiraient le tissu cancéreux, ou feraient mourir le germe spécifique de la maladie. L'épithélioma est probablement causé par un germe, quoiqu'on ne l'ait pas encore découvert. Pour suivre notre comparaison de tout à l'heure, c'est un cas de survivance du mieux doué (*survival of the fittest*), la loi qui régit l'univers. La théorie de la phagocytose a d'ailleurs été prouvée au sujet des globules blancs du sang, qui ont le pouvoir de détruire certains bacilles. La même théorie s'applique au traitement du sarcome par les toxines de l'érysipèle. J'ai vu plusieurs cas certains de sarcome guéris après l'inoculation accidentelle du coccus érysipélateux. Dans l'un de ces cas, un homme avec un large sarcome de l'abdomen, il n'y a pas eu récurrence depuis dix ou douze ans. Plusieurs autres cas datent de cinq ou six ans.

Comme preuve de la valeur de la pâte de Marsden, le cas suivant a son intérêt. Un garçon d'une douzaine d'années développe une tumeur du front. Son médecin croit que c'est un kyste sébacé ordinaire, et l'enlève. La tumeur réapparaît dans les six ou huit semaines. Je vois alors le garçon, et, reconnaissant la nature maligne de l'excroissance, je pratique une opération très radicale, enlevant tous les tissus jusqu'à la fosse temporale. La maladie réapparaît en moins de quatre mois. Le Dr A. R. Robinson voit alors le cas en consultation avec moi, et nous décidons d'appliquer la pâte de Marsden. Le résultat fut entièrement satisfaisant. Il y a plusieurs années de cela, et jusqu'à présent il n'y a pas eu de récurrence, et il n'y en aura probablement pas. — *International Journal of Surgery*.

**Traitement de l'ostéomyélite diffuse du tibia**, par J. CURTILLET — Les ostéomyélites des os longs, et particulièrement celles du tibia, nécessitent parfois la création de larges brèches pour faciliter l'extraction des séquestres inclus dans la cavité médullaire et pour permettre l'évacuation du pus. Malheureusement, ces immenses évidements, d'une utilité si grande dans la recherche du résultat immédiat, deviennent souvent, plus tard, la cause de graves inconvénients : lenteur extrême de la réparation, cicatrices fragiles et adhérentes au squelette, et, dans un très grand nombre de cas,

absence de cicatrisation et persistance, sur une étendue parfois très grande, d'un ulcère profond, cavitaire, bordé d'une peau indurée qui tend à se rétracter plutôt qu'à recouvrir la plaie. Plus tard encore, celle-ci peut devenir le siège d'une dégénérescence épithéliomateuse.

Pour parer à ces accidents, nombre de moyens ont été employés, les uns dans le but de favoriser l'oblitération immédiate de la brèche osseuse, les autres, mis en œuvre en quelque sorte secondairement, pour combler une cavité déjà ancienne et n'ayant aucune tendance à l'oblitération spontanée.

C'est ainsi que Neuber et Schede, faisant l'application des recherches de Lister sur l'organisation des caillots, s'abstiennent de tamponner la cavité en la laissant se remplir de sang après l'opération. Mais bientôt ce sang épanché dans un foyer septique est envahi et entraîné par la suppuration.

Il en est de même des éponges aseptiques d'Hamilton, de la gaze iodoformée et des tampons résorbables de catgut de Glück, de la sous-muqueuse d'intestin de porc, proposée par Holsted, qui sont presque infailliblement éliminés. MM. Duplay et Cazin, dont les résultats expérimentaux, obtenus par l'emploi de ces divers corps résorbables, ont été si encourageants, font en effet remarquer l'extrême difficulté, l'impossibilité même de rendre aseptiques ces cavités osseuses ostéomyélitiques, larges et anfractueuses, dans lesquelles la suppuration apparaît dès qu'on y place un corps étranger.

Peut-on compter davantage sur les greffes osseuses ?

L'os décalcifié, proposé par Senn en 1889, employé par Mackie Kummel, Middeldorpf, Le Dentu [thèse de Buscarlet], doit être assimilé à tous les corps résorbables dont nous venons de parler. Il ne contribue, en effet, nullement par sa propre substance, à la régénération de l'os ; il ne sert que de charpente provisoire pour l'édification du tissu osseux nouveau et se résorbe ensuite sans laisser aucune trace. Il faut donc compter avant tout, lorsqu'on veut en tirer parti, sur les qualités ostéogéniques de l'os malade, et se rappeler qu'elles sont insuffisantes, ainsi que Buscarlet le fait très justement observer, lorsqu'on a affaire à un malade d'un âge avancé, ou à une perte de substance trop étendue.

Quant aux greffes vivantes, elles sont fatalement éliminées ou résorbées, lorsqu'elles appartiennent à la variété hétéroplastique. Les greffes autoplastiques et, à un moindre degré, les greffes homoplastiques peuvent vivre et s'accroître, mais encoré faut-il, ainsi que l'ont montré les expériences de M. Ollier et les faits cliniques de M. Poncet, que la plaie ne soit pas infectée.

En somme, au point de vue pratique, aucune des méthodes précédentes ne mérite d'être spécialement choisie, lorsque la perte de substance offre une certaine étendue.

Et la raison en est surtout dans ce fait, qu'aucune d'elles ne s'adresse réellement à la cause principale de l'ulcération.

C'est ce qu'a bien mis en lumière M. Jaboulay, dans une note publiée sur l'emploi du "lambeau ostéo cutané, pour guérir les vastes pertes de substance du tibia, consécutives à l'ostéomyélite."

"La raison, dit-il, pour laquelle la plaie ne se ferme pas, réside, non dans ce fait : que la cavité pathologique artificiellement créée dans le tibia n'arrive pas à être comblée, mais bien dans ce que les téguments sont trop courts pour recouvrir un squelette qui est trop gros, trop épais. De sorte que le traitement doit s'ingénier, non pas à trouver des méthodes, fussent elles excellentes en elles-mêmes, qui comblent la fosse seulement, mais bien à raccourcir, à rétrécir la surface circulaire du tibia, pour la rendre moins ample que ne l'est sa couverture cutanée. Or, après une ostéomyélite, le tibia reste gros, plus gros qu'il ne l'était avant, ou que son homologue du côté sain, et par ce seul fait, sans compter les autres raisons, la peau est devenue trop courte, vous comblerez donc avec de l'os, en supposant que vous y réussissiez, tout le tunnel, vous n'auriez encore pas de peau devant cet os."

C'est pourquoi M. Jaboulay a songé à mobiliser une des parois de la brèche osseuse, sans la détacher des téguments, et à la repousser avec eux dans le fond de la cavité. Du même coup, la perte de substance est comblée, l'épaisseur de l'os diminuée de toute la hauteur de cette dernière, et les deux bords de l'ulcération rapprochés l'un de l'autre et affrontés. Dans ces deux cas, il a obtenu un résultat excellent.

Déjà M. Ollier avait conseillé l'emploi de ce même lambeau ostéo-cutané, mais tandis qu'il s'était proposé surtout d'obtenir ainsi une greffe osseuse vivace, M. Jaboulay a voulu exclusivement diminuer le périmètre de l'os et permettre à celui-ci de s'adapter à la longueur des téguments. C'est à tel point qu'on pourrait à la rigueur sacrifier la portion osseuse du lambeau, pour n'en conserver que les parties molles.

Cette conception nouvelle a l'immense avantage de nous montrer que, en présence d'une perte de substance importante, dans un os notablement hypertrophié, il ne faut pas s'attarder trop longtemps à rechercher la guérison dans l'apport de nouveaux éléments solides, mais employer de bonne heure le lambeau ostéo-cutané.

À côté de ces faits, toutefois, il en est d'autres, mais d'une variété différente, qui restent justiciables de la greffe osseuse. Ils ont pour type le cas présenté par M. Poncet au Congrès français de chirurgie de 1886. Il s'agit, on s'en souvient, d'un enfant de onze ans, auquel il enleva la totalité du tibia droit et qui, au bout de cinq mois, eut une réparation complète, grâce à l'emploi des greffes osseuses fragmentaires. Dans tous ces cas où le volume de l'os, loin d'être augmenté, est diminué dans des proportions qui promettent sa solidité, et *a fortiori* après de larges résections diaphysaires, il faut avoir recours de bonne heure à la greffe, que nous croyons capable de rendre

de très grands services. " C'est dans la période de réparation de la plaie, dit M. Poncet, alors que les accidents inflammatoires ont complètement disparu, lorsque les bourgeons charnus sont de bonne nature, vasculaires, rosés, suppurent peu, que l'on essaiera les greffes osseuses. Les fragments osseux transplantés ne s'accroissent très probablement pas. Peut-être sont-ils résorbés après un temps plus ou moins long. En tous cas ils entrent pendant un certain temps dans la formation de l'os nouveau qu'ils consolident, qu'ils renforcent à la façon de briques, de moellons plongés dans une substance susceptible de se durcir. Il est probable qu'ils exercent, en outre, une action de présence qui éveille dans les tissus voisins des propriétés ostéogéniques.

L'antisepsie de la plaie est indispensable. Il en est de même d'une immobilisation absolue."

Après avoir passé en revue les différentes méthodes de traitement curatif des grandes brèches osseuses, consécutives à l'ostéomyélite, nous voulons montrer quel pourrait en être le traitement préventif dans un bon nombre de cas.

Et d'abord, pour n'avoir pas à les traiter, le mieux serait de n'en pas faire. Or, le traitement employé et décrit par Bier, sous le nom de *nécrotomie ostéoplastique*, nous paraît à ce point de vue devoir fournir les meilleurs résultats dans la thérapeutique des ostéomyélites et particulièrement celles du tibia, car il ne laisse après lui aucune cavité osseuse ouverte au dehors. Voici en quoi il consiste : Bier fait sur toute la longueur de la face interne du tibia, d'une épiphyse à l'autre, une incision comprenant toute l'épaisseur des téguments, y compris le périoste, puis à ses deux extrémités deux autres incisions très petites, perpendiculaires à la direction de la première et se portant en dehors. Avec le ciseau et le maillet et sans avoir relevé le volet cutané ainsi formé, il pratique sur la face interne du tibia une fente longitudinale qui ouvre le canal médullaire et permet de fendre également sa paroi opposée. Il ne reste plus qu'à donner un coup de ciseau en haut et en bas pour mobiliser ce grand volet ostéocutané et le transformer en une sorte de couvercle que l'on soulève avec la gouge faisant levier. Le canal médullaire apparaît alors dans toute sa longueur et peut être aisément débarrassé, soit des séquestres, soit du pus qu'il contient. Lorsque la toilette en est achevée, le couvercle est rabattu sur la boîte, et la plaie cutanée immédiatement suturée. En haut et en bas, on laisse un drain pénétrant dans le canal médullaire et assurant l'écoulement des liquides qui, pendant quelque temps, peuvent encore s'y former. La réunion de la peau se fait rapidement. Aucune brèche ne subsiste. — *Gazette des Hôpitaux*.



## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

### CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

de M. le professeur TARNIER

**Hémorrhagie par inertie utérine.** — 19 janvier 1895. — Depuis ma dernière leçon nous avons eu un nouveau malheur dans le service. Une femme est morte dans les conditions suivantes :

La femme a été portée dans une salle : on a fait une application de forceps ; on a extrait un enfant vivant.

Cette femme perdait du sang pendant que se faisait l'accouchement ; elle en perdait aussi avant la délivrance et, comme le placenta ne se détachait pas, on a dû faire la délivrance artificielle. Après avoir fait la délivrance artificielle, on a fait une injection iodée chaude et l'hémorrhagie s'est arrêtée.

Mais la quantité de sang que cette femme avait perdue était considérable : Les caillots que l'on a recueillis pesaient 890 grammes et on pouvait évaluer à 400 grammes environ le sang par lequel ont été tachés les linges, ce qui, en somme, fait un total de 1,200 grammes à peu près de sang perdu.

Certes, une hémorrhagie de 1,200 grammes ne peut pas, par elle-même, entraîner la mort d'une femme, à moins qu'elle ne se fit tout d'un coup et qu'elle ne déterminât une syncope qui, elle, pourrait causer la mort. Dans le cas présent, l'hémorrhagie a duré plusieurs heures et il y a eu le temps de réparer, de reconstituer le sang, car le sang se refait avec une extrême rapidité. — Dans une hémorrhagie de cette importance, si elle est brusque, rapide, une femme peut succomber ; mais si, au contraire, cette hémorrhagie se fait avec une certaine lenteur, habituellement la femme résiste.

Chez notre malade, nous pouvons donc bien dire que rien ne pouvait nous faire prévoir qu'elle allait succomber.

Notre malade était primipare, son enfant était volumineux et il y a eu un peu de dystocie — dystocie très légère — par suite du volume de la tête du fœtus. En outre, cette tête était ossifiée et ne se moulait pas parfaitement, manquait de souplesse, ce qui occasionnait encore un peu de dystocie. Toutefois si les contractions utérines avaient été suffisantes, avaient eu assez de force, l'accouchement aurait pu se faire et se serait fait spontanément.

Mais il y avait de l'inertie utérine et nous avons eu une hémorrhagie par inertie utérine.

Méfiez vous des hémorrhagies qui suivent les applications de forceps ; parce que, le plus souvent, si on a été amené à appliquer le

forceps, c'est que l'accouchement ne marchait pas parce qu'il y avait inertie utérine. Et on a bien vu ici que c'était bien l'inertie utérine qui avait obligé à avoir recours au forceps, puisqu'on a dû ensuite faire la délivrance artificielle, — toujours grâce à cette inertie utérine.

L'hémorrhagie se produit donc, parce qu'il y a inertie utérine et la délivrance ne se fait pas pour la même raison.

Que de fois -- dans ma longue carrière d'accoucheur — il m'est arrivé d'être appelé par un confrère pour terminer un accouchement qui ne se faisait pas. Je faisais une application de forceps, j'extrayais l'enfant et je partais ensuite, laissant auprès de l'accouchée le confrère pour surveiller la délivrance. Que de fois, à peine parti ai je été rappelé pour une hémorrhagie survenue parce que la délivrance ne s'était pas faite. — Aussi avais-je pris l'habitude, en pareil cas, après avoir fait l'accouchement, de ne pas partir et d'attendre que la délivrance fût faite, elle aussi.

Dans le cas actuel, après la délivrance, la femme paraissait bien, l'hémorrhagie ne se produisait pas. La malade s'endormit et reposa pendant deux heures ou deux heures et demie. Quand, vers 2 heures du matin, elle s'éveilla — elle ne perdait pas de sang — elle cria : j'étouffe, j'étouffe.

Le sage-femme de service lui porta secours sans tarder ; on lui fit une injection de caféine. Melle Hanicot fut appelée aussitôt et, lorsqu'elle arriva auprès du lit de la malade, celle-ci rendait le dernier soupir.

C'était une femme vigoureuse et robuste en apparence et rien certainement ne pouvait faire prévoir ce dénouement fatal. Aussi nous sommes-nous demandé à quoi cette femme avait pu succomber. Ce n'est probablement pas à l'hémorrhagie, mais il y a cependant des femmes qui ne supportent absolument pas les hémorrhagies, aussi a-t-on pu dire que celle-ci avait succombé peut-être par une syncope, peut-être aussi par une embolie. — Nous verrons cela à l'autopsie, vous dis-je.

L'autopsie a été faite. On n'a rien trouvé qui caractérisât la mort par hémorrhagie. Le cœur et les veines contenaient du sang. Pas de coagula du côté du cœur, pas d'embolie du côté de l'artère pulmonaire. Rien donc qui pût expliquer la mort, — la mort brusque de cette femme ? Si, cependant, quelque chose ! Cette femme était une tuberculeuse. Les granulations tuberculeuses étaient réparties en abondance, en véritables traînées sur les poumons, sur le foie, sur la rate et notamment sur la plèvre.

L'encéphale n'a pas été examiné, parce que cette femme — qui appartient à une famille de vingt-deux enfants — a été réclamée par sa mère qui a bien permis de faire une partie de l'autopsie, mais n'a pas autorisé à ce que l'on touchât à la tête. D'ailleurs l'examen de l'encéphale ne nous aurait rien appris que nous ne sachions. Nous

aurions trouvé des granulations tuberculeuses sur les méninges, comme nous en avons trouvé chez une femme morte subitement dans le service, il y a quelques années.

Cette femme — ainsi que je vous l'ai dit — avait toutes les apparences de la santé et rien ne pouvait faire supposer l'existence de la tuberculose. A l'asile Michelet, où elle avait été en attendant ses couches, on avait diagnostiqué un peu d'hypertrophie du cœur, mais c'était simplement cette hypertrophie spéciale qui devient l'hypertrophie normale des femmes enceintes. Vous savez, en effet, que le cœur, un peu comme l'utérus, s'hypertrophie, pendant la gestation, pour reprendre son état normal lorsque la grossesse est terminée.

Voilà donc une femme qui a supporté la fatigue d'une application de forceps, celle du chloroforme, celle causée par les hémorragies; certainement, si elle eût été saine, tout se serait rétabli parfaitement; mais elle était tuberculeuse et c'est ce qui a causé sa mort.

Cette malade était vouée à une mort certaine. Si elle n'avait pas succombé ici après son accouchement, elle ne serait pas allée bien loin et serait morte dans peu de temps, dans deux mois peut-être.

M. Demelin a été très préoccupé, affligé de cette mort dans ces circonstances imprévues. Il n'avait rien trouvé au vagin, rien au col, et s'était demandé s'il n'avait pas eu une hémorragie interne, peut-être une rupture de l'utérus. Il avait fait, en somme, toutes les suppositions que l'on peut faire quand il arrive un malheur semblable dans des conditions aussi extraordinaires. — Il n'y avait rien de tout cela.

Vous pouvez voir sur cet utérus que je vous montre, dans ce bassin, la véritable plaie placentaire, la plaie placentaire large comme le placenta lui-même. Le tissu se rétracte un peu, mais comme la femme n'a pas vécu longtemps après la délivrance, la plaie est encore large comme la paume de la main. Elle n'est pas régulière et présente des bosses et des creux. — Dites donc bien et sachez bien que, chez toutes les femmes qui viennent d'accoucher, l'utérus présente, comme celui-ci, un aspect traumatique avec une large plaie qui répond à la partie sur laquelle le placenta était implanté.

“La ravine est dévastée,” écrit Michelet. Eh bien, oui, si vous voulez considérer le vagin comme un ravin, il est certain qu'il est, après l'accouchement, dévasté lui aussi, sous l'action du traumatisme.

Examinez bien cet utérus, pour vous rendre compte de ce qu'est la plaie placentaire, la plaie inévitable, l'état normal de l'utérus d'une femme qui vient d'accoucher.

Vous verrez donc la plaie placentaire et au-dessous, le col. Vous voyez appendue au dessous de l'utérus une surface beaucoup moins rouge que les parois utérines, moins épaisse qu'elles, c'est le col.

Quand une femme vient d'accoucher, entre l'orifice interne et l'orifice externe du col il y a une grande distance; mais assez rapidement après l'accouchement, le col reprend sa longueur normale.

Comment le tissu du col de l'utérus qui n'a guère que 2 à 3 centimètres de haut, qui est épais, peut-il arriver à avoir cette longueur? — Mais par ce fait que les accoucheurs ont appelé l'effacement du col. — Pendant le travail de l'accouchement l'orifice interne du col cède et le col se raccourcit peu à peu, de telle sorte qu'au terme de la grossesse, au moment de l'accouchement, chez une femme dont le col est entièrement effacé, le globe utérin ne se présente plus que sous l'aspect d'un immense ovoïde composé du corps de l'utérus auquel est venu s'ajouter le col.

Ce que l'on a trouvé par l'autopsie de cette femme a été un véritable soulagement pour M. Deuvelin et pour Melle Hanicot que cette mort inexplicable avait beaucoup préoccupés. — La mort, en effet, a trouvé son explication dans la tuberculose dont était atteinte cette malade, et nous pouvons dire hardiment que si cette femme avait été saine, elle n'aurait pas succombé.

Laissez moi terminer ma leçon par une réflexion d'ordre général.

Cette mort aurait pu survenir, dans les mêmes conditions, dans la clientèle particulière, c'est-à-dire de telle façon qu'il n'eût pas été possible de faire l'autopsie. Supposez donc une femme mourant d'une manière analogue dans la clientèle d'un accoucheur. Que penserait on dans l'entourage de la malheureuse femme? Que diraient les confrères qui apprendraient ce malheur? — Avec le peu de bienveillance que l'on rencontre chez les hommes en général et chez les médecins en particulier, ou ne manquerait pas de dire: c'est l'accoucheur qui a tué la malade.

Et pourtant l'accoucheur ne serait en aucune façon coupable ni d'erreur ni de négligence.

Eh bien! il faut que vous soyez prévenus qu'une mort peut se produire dans ces conditions et sans qu'il y ait la moindre faute commise par l'accoucheur.

Quand donc un cas de mort inexplicable surviendra dans la clientèle d'un confrère, ne vous laissez pas aller à la moindre petite insinuation: c'est trop, — à la moindre petite allusion ou demande qui puisse en quoi que ce soit porter atteinte à ce confrère: dites-vous bien que ce confrère n'est peut être, en aucune façon, dans son tort, et faites qu'on ne puisse pas dire de vous ce que l'on disait à Rome: *ira pessima medicorum.* — *Journal des Sages-Femmes.*

**Erysipèle et Grossesse.** — M. le Dr Chaminade a pu recueillir dans le service de M. Roger, consacré spécialement aux érysipèles, un certain nombre de faits qui viennent éclaircir les rapports de l'érysipèle avec l'état puerpéral, rapports assez diversement interprétés jusqu'ici.

Un premier point ressort d'abord des recherches qu'il a faites: c'est qu'alors qu'autrefois on considérait l'avortement ou l'accouchement prématuré comme étant à peu près la règle lorsque l'érysipèle

survient dans la grossesse, cette éventualité ne se produit guère que dans le quart ou le cinquième des cas.

D'autre part, il ne semble pas que l'état puerpéral augmente très sensiblement, sauf quelques cas exceptionnels, la gravité de l'érysipèle. Mais une question très intéressante traitée par M. Chaminade est celle de saisir la conduite à tenir en cas d'érysipèle survenant chez une femme qui allaite.

D'une façon générale, l'allaitement dans l'érysipèle a toujours été repoussé par les médecins. Cependant, il ne semble pas que l'observation exacte des faits justifie cette manière de voir. En effet, l'érysipèle semble agir, à ce point de vue, plutôt comme une maladie à hyperthermie considérable que comme une maladie infectieuse; il diminue la sécrétion lactée, mais ne modifie pas sensiblement ses qualités. Voici, d'ailleurs, ce qu'on peut observer du côté de l'enfant. On le voit prendre le sein avec avidité, il n'a point de vomissements; les selles ne sont ni liquides ni vertes; en un mot, on ne constate aucun accident du côté de son tube digestif, et surtout, chose importante, il augmente régulièrement de poids. Si l'on a soin, en effet, de peser ces enfants tous les jours, et d'établir une courbe des poids ainsi observés, on voit que cette courbe continue à monter pendant la poussée de l'érysipèle chez la mère. Quelquefois pourtant, il s'établit un léger plateau, l'enfant reste stationnaire, il n'augmente pas, malgré l'absence de tout phénomène morbide; cela tient évidemment à une diminution notable dans la sécrétion lactée et à une insuffisance d'alimentation; dès qu'on vient à y suppléer par le lait stérilisé, l'enfant recommence à augmenter de poids.

Tels sont les phénomènes observés chez neuf enfants nourris dans ces conditions.

Une objection grave a été tirée aussi du danger pour l'enfant de contracter la maladie au niveau de la plaie ombilicale, mais un pansement antiseptique bien fait suffit pour le mettre à l'abri de toute inoculation.

Ce danger de contagion ne paraît exister que pour des enfants faibles et débilités; en ce cas, il sera prudent d'éloigner l'enfant de sa mère.

En somme, l'allaitement est quelquefois insuffisant, mais il n'est jamais nuisible si on prend les précautions nécessaires. Si donc on ne peut disposer d'une bonne nourrice, il est préférable encore de faire continuer l'allaitement par la mère. En tout cas, si l'allaitement avait été interrompu, il ne faut pas oublier qu'on peut le reprendre, même fort longtemps après qu'il a été cessé. — *Journal de Méd. et Chir. pratiques.*

**Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie pour salpingo-ovarite, par le DR PINESSE (thèse de Paris). — Malgré le nombre considérable des opérations faites pour ablation**

des annexes, il est très difficile de savoir quelles en sont exactement les suites. La plupart des recherches faites dans ce sens ne contiennent qu'un nombre peu considérable de faits.

Un élève de M. Lucas-Championnière, le Dr Pinesse, a voulu rechercher les malades opérées par M. Championnière et sur un total de 268 cas, après plusieurs mois de patientes recherches, il a pu en retrouver 136.

Ce qu'il importe surtout de faire remarquer, c'est que les 136 malades ont été la plupart revues à une époque très éloignée de l'opération :

Six malades . . . . .	6 ans après.
Une vingtaine . . . . .	5 ans
Une trentaine . . . . .	3 ans
Une quarantaine . . . . .	2 ans
Et une quinzaine . . . . .	1 an après l'opération.

Pour permettre de se retrouver dans les nombreuses observations, M. Pinesse les a classées d'une façon très artificielle en quatre groupes :

- 1° Salpingo-ovarites à petits kystes.
- 2° Salpingo-ovarites hémorrhagiques
- 3° Salpingo-ovarites purulentes.
- 4° Salpingo-ovarites mixtes.

Cette classification répond avant toutes choses aux apparences macroscopiques les plus grossières. Mais elle a l'avantage cependant de faire des catégories séparées par des différences cliniques importantes.

De façon à bien indiquer les changements dus à l'opération, l'auteur recherche d'abord les symptômes principaux les plus saillants pour indiquer leur modification.

C'est ainsi que sont passés en revue les douleurs du ventre — les perturbations dans les règles — l'état général plus ou moins mauvais.

Douleurs du ventre. Bien qu'en règle générale les douleurs du ventre disparaissent ou soient très atténuées, on trouve, dans 8 pour 100 des cas, certaines douleurs persistantes.

Toutefois les quatre catégories étudiées plus haut présentent très inégalement cette persistance des douleurs. Les ovario-salpingites purulentes, par exemple, c'est-à-dire les lésions les plus considérables, sont celles qui donnent les meilleurs résultats, car chez aucune malade, dans ce cas, la douleur n'a persisté après l'opération, et le succès est de 100 %.

Pour ce qui est des règles, elles persistaient en bloc, dans 22 %, très souvent dans les salpingites purulentes (50 %), moins souvent dans les hémorrhagiques (25 %), et relativement rarement dans les ovarites à petits kystes (1/12 des cas environ).

M. Pinesse se demande quelle est la cause de la persistance des douleurs après l'opération. Bien que dans un ou deux cas il mette en relief la tuberculeuse avérée ou soupçonnée et chez une autre malade "constate une tumeur maligne de l'utérus, il n'en tire pas de conclusion, car il lui a été donné d'observer le fait opposé, à savoir que les femmes tuberculeuses se sont trouvées bien de l'opération. N'ayant pu relever rien de particulier chez les malades accusant encore des douleurs, il s'arrête volontiers à l'idée d'une susceptibilité particulière, d'un état névropathique de certaines femmes, quelquefois aussi de poussées de péritonite adhésive.

Pour ce qui est de la cause de la persistance des règles chez quelques opérées, après avoir passé rapidement en revue les différentes opinions émises à ce sujet, l'auteur se rallie à l'opinion constamment soutenue par M. Championnière, opinion qui cadre bien d'ailleurs avec ses observations. C'est celle qui invoque dans le cas de règles persistantes l'excision incomplète de l'ovaire par suite d'adhérences extrêmes des organes du petit bassin.

M. Championnière a montré bien des fois que les cas de persistance exacte des règles ne se rencontrent pas après une castration vraie, complète. Il a montré la persistance de portions d'ovaires coïncidant constamment avec la persistance des règles. Dernièrement, au cours d'une hystérectomie vaginale pratiquée chez une ancienne castrée qui continuait à souffrir avec des règles régulières, ce chirurgien trouva un fragment d'ovaire resté après la première opération, fragment du volume d'un gros pois et contenant un corps jaune.

La persistance des règles, si elles ne sont pas trop abondantes, serait, selon lui, une chose plutôt favorable et surtout chez les femmes très jeunes. C'est qu'en effet, si la femme est encore jeune et que ses fonctions soient en pleine activité, les règles qu'elle continue à avoir quelque temps ne font qu'atténuer les phénomènes de la ménopause artificielle qui ne laissent pas d'être désagréables et qui paraissent pénibles si la situation antérieure n'était pas très douloureuse.

L'état général dans presque tous les cas fut trouvé bien amélioré. Les malades qui, avant l'opération, avaient eu des douleurs en urinant, au coït, ont vu le plus souvent ces phénomènes disparaître; d'autres ne se plaignaient plus, comme auparavant, de nervosisme, de crises nerveuses, ni de troubles réflexes, comme hémoptysies, hématuries; quelques-unes suspectes de tuberculose et deux autres dont une ancienne albuminurique et l'autre diabétique à son entrée même, vaquent à leurs occupations et se considèrent comme guéries; chez une enfin la quantité d'urée tombée avant l'opération à 3 grammes par jour, s'est élevée ensuite à un chiffre normal de 21. A ce propos il y a lieu de faire remarquer combien est frappante cette ascension du taux de l'urée après certaines grandes opérations, et

dernièrement encore M. Championnière, qui a toujours insisté sur ce fait, y est revenu dans une communication à l'Académie des Sciences.

Pour ce qui est des phénomènes nouveaux, M. Pinesse n'a trouvé chez les malades, au point de vue local, rien de particulier, si ce n'est le vaginisme dont se plaignaient quelques femmes. Il est possible que ce phénomène soit d'ordre réflexe et ne se développe que chez des personnes prédisposées, sur un terrain nerveux, hystérique, comme cet autre phénomène de contracture des deux mains constatée chez une autre opérée. Les autres incidents, fistule au niveau de la cicatrice ou éventration — ne sont pas du tout spéciaux à l'ablation des annexes, et si on les a notés dans ce dernier cas, on les trouve aussi bien et avec une non moindre fréquence à la suite d'autres laparotomies. Dans les observations de M. Championnière il n'y eut qu'un cas de fistule qui disparut après l'hystérectomie.

Pour les phénomènes nouveaux d'ordre général, le plus commun que l'auteur ait pu constater, ce sont des vapeurs, des bouffées de chaleur, des transpirations, différents malaises, des douleurs vagues dans les membres, des élancements, des maux d'estomac et dans le dos. Il s'y joignait quelquefois d'autres troubles de la ménopause artificielle, comme de l'eczéma ou des hémorrhagies supplémentaires par le nez, le rectum et même le mamelon. Ces hémorrhagies supplémentaires sont un "souvenir de l'habitude physiologique, qui n'est pas immédiatement suspendue", comme le dit M. Championnière. Et en effet, à mesure que l'on s'éloigne de l'opération, tous ces phénomènes s'atténuent et n'incommodent plus la femme et disparaissent plus ou moins rapidement. M. Championnière pense du reste que ces phénomènes de ménopause artificielle sont plus accentués après l'hystérectomie qu'après les ablations simples des annexes en laissant l'utérus en place.

Au point de vue nerveux, M. Pinesse, sans se trouver jamais en présence d'une véritable maladie, a constaté chez beaucoup de femmes une sensibilité, une impressionnabilité particulière. Elles sont impatientes quelquefois, énervées, s'emportent facilement, pleurent au moindre propos ou sont très gaies. Un certain nombre sont comme anéanties, se fatiguent aisément, se sentent affaiblies. Certaines femmes ont des idées noires, sont tristes, méchantes, irritables. Mais tous ces phénomènes ont été très passagers, et les femmes s'en plaignent de moins en moins.

L'embonpoint est loin d'être la règle chez toutes les opérées, et par l'exercice, beaucoup l'évitent facilement.

Quant au sens génésique, il paraît peu troublé dans le cas où la femme est dans les conditions de pouvoir le développer et l'entretenir; ces conditions ne sont pas sensiblement différentes de ce qu'elles étaient antérieurement.



Vu la rareté ou même l'absence chez toutes les malades de phénomènes graves et inquiétants, M. Pinesse arrive à cette conclusion que les femmes qui souffrent du ventre par salpingo-ovarite, qui sont impotentes et ne peuvent s'adonner à aucun travail régulier, ont tout bénéfice à se faire opérer. C'est qu'en effet, les vraies douleurs de ventre, les véritables souffrances disparaissent dans la grande majorité des cas, et à ce propos M. Pinesse fait justement remarquer que le chiffre trouvé par lui de 8 % de persistance des douleurs pourrait encore être abaissé, car l'expérience journalière apprend qu'aussitôt qu'une ancienne opérée souffre, elle ne tarde pas d'aller trouver, même de très loin, son chirurgien, et qu'au contraire, toutes celles qui se trouvent plus ou moins bien, sont loin de venir se montrer.

Mais, conclut-il, il est nécessaire de se rappeler qu'on aurait tort d'agir à la légère et d'opérer dans les cas bénins ou peu graves, sans avoir essayé, au préalable, d'autres moyens moins radicaux ; il faut y regarder à deux fois avant d'entreprendre cette opération si importante dans la vie de la femme et d'un caractère si décisif pour son avenir.

Il faut avant tout en mesurer la nécessité à la gravité des accidents subis. Si l'état de la femme était réellement grave et méritait l'opération, les petites misères qui peuvent les suivre paraissent bien peu de chose à côté de la suppression des accidents sérieux qui a été obtenue. — *Journ. de méd. et de chir. prat.*

#### Diarrhée verte ou Diarrhée infantile :

Acide lactique.....	2 grammes (30 grains).
Sirop simple.....	98 grammes (3 onces).
Essence de citron.....	1 goutte.

2 à 3 cuillerées à café par jour. — HAYEM.

Acide lactique.....	3 grammes (45 grains).
Eau de fleur d'oranger.....	20 grammes (1 once).
Eau de tilleul.....	120 grammes (4 onces).

1 c. à soupe toutes les 2 heures. DUJARDIN-BEAUMETZ.

## HYGIENE.

### FIEVRE TYPHOÏDE : MOYENS D'EN PRÉVENIR LA CONTAGION

#### Instructions du bureau provincial d'hygiène

La fièvre typhoïde est une maladie contagieuse, dont le germe, ou contagé, quoique retrouvé après la mort dans plusieurs organes, tels que la rate, le foie, le poumon, l'intestin, ne se dégage durant la vie qu'à la surface de ce dernier et est évacué avec les selles. La possibilité de désinfecter les selles au moment de leur évacuation et de détruire par conséquent les germes au moment même où ils viennent en contact avec l'air de la chambre font que la présence d'un typhoïsant expose moins à la contagion ceux qui l'entourent que ne le fait celle d'un diphtéritique par exemple, dont la gorge (d'où émanent principalement les germes) se trouve en contact constant avec l'air extérieur. Malheureusement, cette désinfection des selles n'est pas faite dans tous les cas de fièvre typhoïde, ou du moins ne l'est pas d'une manière scrupuleuse et efficace, et c'est ainsi que la fièvre typhoïde va se propageant directement ou indirectement par des *selles non désinfectées*.

#### Comment le poison ou germe s'introduit dans l'économie

1<sup>re</sup> C'est généralement par l'eau que le germe s'introduit dans l'économie, et pour quelques hygiénistes ce serait le seul mode de transmission. La contamination de l'eau a lieu lorsque les selles, ou tout autre liquide contenant les germes, comme par exemple les eaux qui ont servi au lavage du linge *non désinfecté* du malade, sont jetées (a) sur le sol avoisinant un puits ou un cours d'eau, (b) dans une fosse d'aisances trop rapprochée d'un puits, (c) dans une rivière, soit qu'elles y soient jetées directement, ou déversées par les égouts. (d) L'eau peut encore être contaminée par le drainage d'un cimetière trop rapproché dans lequel ont été inhumés des typhiques.

2<sup>de</sup> Le lait peut servir de véhicule au germe de la typhoïde et on explique sa contamination (a) par le coupage avec de l'eau contaminée, (b) par le lavage des bidons, etc., avec cette même eau, (c) par la possibilité de l'existence chez la vache d'une fièvre typhoïde transmissible par son lait (Whitelegge).

3<sup>de</sup> Le gaz d'égout est encore un moyen de transmission reconnu. Une maison dont le drainage est défectueux peut devenir subitement infectée, quand le gaz d'égout qui s'y échappe est chargé de germes

typhiques provenant de ce que, dans une maison voisine ou même éloignée on n'a pas désinfecté les selles d'un typhoisant avant de les jeter dans les *water-closets*.

4° La transmissibilité par l'intermédiaire de l'air quoique peut être rare, est admise (Dieulafoy), et on l'explique par le fait que les selles (ou les linges souillés) en se desséchant mettent les germes en liberté. Ces germes se répandant alors dans l'air, peuvent être inhalés, et une fois introduits dans la bouche sont avalés et arrivent à l'intestin qui est leur champ d'action. Ils peuvent encore se déposer sur les aliments ou dans les liquides, eau, lait, laissés dans la chambre du malade.

5° Le manque de propreté et de désinfection chez le garde-malade est encore un moyen de contagion. Le garde-malade peut s'infecter lui-même en portant à sa bouche ses mains souillées et infectées, et peut encore s'infecter et infecter d'autres personnes en touchant aux aliments que lui ou eux devront consommer.

De ce qui précède, on doit conclure qu'une désinfection scrupuleuse des matières fécales passées par le typhoisant et de tout ce qui a pu en être souillé (linge de corps et de lit,) désinfection pratiquée au moment même de la défécation, est essentielle pour prévenir la propagation de la maladie; et qu'en conséquence, il suffit d'une seule négligence ou d'un retard dans cette désinfection pour causer l'infection du milieu où se trouve le malade. Il importe donc, pour ne pas courir de risques, de limiter à un appartement ce danger possible d'infection de l'atmosphère, c'est-à-dire d'*isoler le malade dans une chambre séparée*.

### Comment agir en présence d'un cas de fièvre typhoïde

Déclaration immédiate de la maladie aux autorités municipales et sanitaires.

Ne pas transporter le malade en dehors de la municipalité sans que les autorités municipales du point de départ et de l'endroit sur lequel l'on veut se diriger en soient prévenues.

Isoler le malade et le garde-malade dans une chambre séparée, choisie de préférence à l'étage supérieur de la maison et d'où on a préalablement enlevé les tapis, les rideaux, les meubles inutiles. Une fois le malade installé, aucun objet ou effet n'est sorti de cette chambre sans avoir été préalablement désinfecté.

Le garde-malade se revêt d'habits qui pourront être facilement désinfectés et ne sort jamais de la chambre portant ses dits habits. Les enfants résidant dans cette maison ne doivent pas *fréquenter les écoles*.

La désinfection des selles et des urines se fait en leur ajoutant, à quantité égale, une des solutions suivantes, que l'on doit toujours avoir sous la main dans la chambre du malade :

1° Solution de chlorure de chaux (6 onces de chlorure pour un gallon d'eau).

2° Solution de bichlorure de mercure (2 drachmes pour un gallon d'eau).

3° Solution d'acide carbolique (4 onces pour 1 gallon d'eau).

4° Lait de chaux, (on le prépare en arrosant petit à petit de la chaux de bonne qualité avec la moitié de son poids d'eau, puis en délayant la poudre ainsi obtenue dans le double de son volume d'eau).

Après leur désinfection les selles sont jetées dans les *water-closets* ou s'il n'y a pas de *water-closets* dans un trou creusé à au moins 100 pieds du puits. Il faut avoir le soin de désinfecter également tout linge accidentellement souillé par les selles. Après chaque défécation on lave le malade avec la solution d'acide carbolique. Les draps, les linges de lit, les vêtements dont s'est servi le malade, ne sont sortis de la chambre qu'après avoir trempé pendant une demi heure dans une cuve renfermant la solution No 2 (ou No 3) ci-dessus. La vaisselle et les ustensiles sont lavés dans de l'eau bouillante, les restes d'aliments sont brûlés ou arrosés d'une des solutions ci-dessus avant d'être jetés aux déchets. Au moment de laisser la chambre, le malade se lave avec une solution d'acide carbolique (1 cuillerée à soupe dans un gallon d'eau) et il revêt des habits qui n'ont séjourné dans sa chambre ou qui, s'ils y ont séjourné, ont été désinfectés. Après la guérison ou la mort du malade, tout ce qui ne peut pas être désinfecté par immersion dans l'une des solutions ci-dessus est étendu dans la chambre pour y subir, en même temps que la chambre elle-même, la fumigation au soufre (on brûle 3 lbs de soufre par 10 pieds cubes d'espace).

Au cas de mort, le cadavre doit être enveloppé dans un drap imbibé de la solution d'acide carbolique, mis dans un cercueil renfermant 2 lbs de chlorure de chaux, rester isoler dans la chambre jusqu'aux funérailles qui devront avoir lieu dans les 24 heures, à moins qu'il soit renfermé dans un cercueil métallique parfaitement soudé. Le cercueil métallique est obligatoire aussi quand le cadavre doit être transporté dans une municipalité étrangère. Les funérailles d'un typhique devraient être des funérailles privées, et on ne devrait pas entrer le corps dans l'église, mais le transporter directement de la maison au cimetière, à moins, cependant, qu'il ne soit enfermé dans un cercueil métallique hermétiquement fermé.

La déclaration de la maladie, la désinfection des selles, l'interdiction de l'école, la désinfection du malade après guérison ou du cadavre après la mort, l'inhumation dans les 24 heures sont rendues obligatoires sous peine d'amende par les Règlements du Conseil d'Hygiène de la Province.

### Recherche de la cause de la maladie

Il est très important de rechercher l'origine de la maladie, afin d'empêcher de nouvelles infections. Il faut s'informer si le malade a fréquenté des maisons où il y avait de la fièvre typhoïde et surtout s'il y a bu, s'enquérir si la maladie n'existe pas chez le laitier fournisseur. S'il y a lieu de soupçonner que l'approvisionnement d'eau est pollué par une fosse d'aisances ou autrement, il faut faire *bouillir cette eau avant d'en boire ou mieux s'approvisionner ailleurs*. Avant de cesser de bouillir l'eau il faut, si elle est fournie par un aqueduc, laver et désinfecter avec une solution de chaux, les réservoirs de la maison. Si l'eau était fournie par un puits il faudrait supprimer toutes fosses d'aisances ou amas d'ordures situés à moins de 100 pieds, puis le désinfecter avec du chlorure de chaux.

Pour désinfecter un puits, on commence par arroser le pourtour du puits, sur un rayon d'au moins 20 pieds, avec une solution de chaux (6 onces de chlorure de chaux pour chaque gallon d'eau) puis on verse dans le puits la quantité de chlorure de chaux nécessaire pour faire avec l'eau qu'il contient une solution de la force précédemment indiquée, et on agite. Vingt-quatre heures après on vide entièrement le puits et on le vide de nouveau au bout de quatre à cinq jours. Si le puits est trop rapproché, (moins de 100 pieds,) ou situé plus bas qu'une fosse d'aisances, toute tentative de désinfection que l'on pourrait faire ne garantirait rien ; il faut en abandonner l'usage.

---

*Aucun âge n'est à l'abri de la fièvre typhoïde, mais elle est plus fréquente entre 15 à 25 ans. Chez les cas types la moyenne de la mortalité est de 20 morts sur 100 atteints. Une première attaque ne confère pas toujours l'immunité.*

---

## FORMULAIRE

---

### Diarrhée verte ou Diarrhée infantile :

Calomel . . . . . 2 grs à prendre en une fois, donner ensuite :

Poudre de Craie co, 5 grs toutes les 2 heures. S'il y a du vomissement réflexe :

Vin d'épica, 1 goutte toutes les heures ou demi-heures. Tenir le ventre chaud à l'aide de flanelles. Traiter la cause par une diète rigoureuse : eau de riz ou lait stérilisé.—E. P. LACHAPELLE.

Blancs d'œuf . . . . . No. 3.

Eau . . . . . 1 pinte.

M.—Ajoutez :

Brandy . . . . . 1 c. à thé.

Sel de table . . . . . quelques grains.

Pour une dose. Stimulant et nutritif. Ajoutez si l'on veut le jus d'un morceau de steak cru comprimé au presse-citron.—OSLER.

Se rappeler qu'il ne s'agit pas d'une inflammation, mais d'une fermentation gastro-intestinale.

Chercher : I) à vider l'estomac et l'intestin des matières fermentescibles qui s'y trouvent ; II) à combattre la décomposition par les remèdes et une nourriture appropriée ; III) à ramener le bon fonctionnement par l'hygiène intestinale ; IV) à traiter les symptômes et les complications.

I.—Lavage de l'estomac (eau, sol. 3 benz. de soude). Irrigation de l'intestin (eau bouillie, 1 pinte ; sel, 1 dram) ; calomel, huile de castor.

II.—R Bismuth. subnit . . . . . X grains.

Mucil. acacia . . . . . I drachme.

Spts. vini Gall. . . . . III à V gtt.

Misce . . . . . (Sig. . . . . Une dose.)

Renouveler deux ou trois fois par jour.

III.—Calomel, en tablettes comprimées, 1 1/2 à 1 6 gr. Une toutes les heures. Ne pas continuer le traitement plus de deux jours.

Agit bien pendant la première ou seconde journée de la maladie.

Salicylate de soude, 2-3 grs toutes les 2 hrs (1 an).

IV.—Eau de chaux, magnésie, craie contre fermentation acide.

Contre la douleur et les mouvements péristaltiques : parégorique, 8 gouttes (1 an), Dover 1/5 gr. (1 an). L'opium est contre-indiqué : quand les intestins ne sont pas vidés ; si les selles sont petites, mauvaises, donnant beaucoup d'odeur ; surtout si, avec cela, il y a des symptômes cérébraux et une température élevée.—KEATING.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - DR A. LAMARCHE.

Rédacteur en chef : DR H. E. DESROSIERS

MONTREAL, JUIN 1895.

## BULLETIN MEDICAL

### A propos du bouton de Murphy

Dans les opérations chirurgicales ayant pour but la suture de l'intestin sectionné, on emploie le bouton anastomotique de Murphy; c'est une espèce de bouton de manchette en os, sur lequel on fixe les deux extrémités intestinales. La plaie se cicatrice, les points de suture se résorbent, et le bouton est éliminé par l'intestin. Le Dr Chaput avait fait remarquer à la Société de Chirurgie que le bouton de 27 millimètres (un pouce), d'après des mensurations nombreuses faites sur l'intestin humain, est beaucoup trop volumineux pour le petit intestin en général, et surtout pour la partie inférieure de l'iléon. Des trois grandeurs il préfère la plus petite, celle de 21 millimètres (un peu plus de  $\frac{3}{4}$  de pouce), parce qu'elle s'adapte le mieux à toutes les circonstances. Le *Canadian Practitioner* du mois d'avril, en profite pour taquiner le chirurgien français. "Si les français ont les intestins plus petits que ceux des américains, dit-il, cela doit dépendre de la cuisine: les mets sont tellement élaborés qu'ils n'exigent aucune digestion, et l'intestin ne se développe pas." Kire est bien bon; mais il nous semble que lorsqu'il s'agit de placer dans la lumière de l'intestin une obstruction devant y rester plusieurs jours, le calibre n'en est pas à dédaigner.

### Traitement de la hernie étranglée par l'infusion de café

Les *Archives de Médecine Navale* du mois d'avril contiennent un article très intéressant du docteur Paul Guérin sur ce sujet. Il paraît que ce traitement était autrefois très populaire et s'emploie encore aux Antilles. Le Dr Guérin en rapporte neuf observations heureuses. Le café agirait par son alcaloïde, la caféine, qui est un

excitant tonique des fibres musculaires de l'intestin. Si l'on voulait, à l'occasion, essayer cette méthode, il faudrait se procurer du café très pur ; il est évident que les glands doux, la chicorée ou les pois chiches ne donneraient pas grand succès. Le Dr Durand, qui avait appris la méthode à Cuba, prescrivait 250 grammes de poudre de café à prendre par tasses de quart d'heure en quart d'heure, ce qui équivaut à peu près à 250 grammes de poudre pour 720 grammes d'eau (8 onces pour 2 livres d'eau à peu près). Chez les personnes non accoutumées au café fort, il est bon de ne pas dépasser cette dose afin d'éviter l'intoxication ; mais chez les personnes qui en ont l'habitude, il suffit de prescrire du café très fort, *plus fort que d'habitude*. Si l'on choisit la voie hypodermique, il est prudent de tâter la tolérance du malade par une première injection de 50 centigrammes (environ 8 grains), et, si elle est bien supportée, augmenter rapidement jusqu'à 1 gr. 50 et même 2 grammes (31 grains). Lorsque le médicament agit bien, il se produit après quelques tasses des gargouillements dans la hernie, qui se réduit ensuite d'elle-même ou est facile à réduire par un léger taxis. "Il ne s'agit pas, dit le Dr Guérin, de détrôner la chirurgie, mais une opération sanglante ne doit venir qu'en dernier ressort."

#### Le traitement de la chlorose au Congrès de Munich

Le XIIe Congrès allemand de Médecine interne s'est tenu à Munich du 2 au 5 avril. On y a parlé, entre autres, du traitement de la chlorose. Le Dr Hayem s'est montré heureux, à la séance du 19 avril de la Société Médicale des Hôpitaux, que le Congrès ait été à peu près du même avis que lui sur la manière de traiter cette maladie. Il y a trois prescriptions à remplir : *le repos, le régime et les préparations ferrugineuses*. Le repos au lit est indispensable dans les chloroses graves ; il s'oppose à la destruction des globules rouges, diminue l'irritabilité nerveuse, la neurasthénie et facilite ainsi les échanges nutritifs. Il permet aussi de supprimer le corset, qui gêne l'évacuation gastrique. Le Dr Hayem attache plus d'importance encore que les médecins allemands au régime. Il insiste sur la nécessité, avant de donner le fer, d'améliorer l'état gastropathique, qui est le plus souvent antérieur à la chlorose et consiste en une gastrite parenchymateuse avec dyspepsie de moyenne intensité et dilatation. Voici le régime : au début, le lait et la viande crue ; ensuite des œufs mollets, puis plus cuits, des poissons à chair maigre, des légumes verts en purée, enfin des compotes de fruits. Il ne permet le pain qu'au bout de quatre à cinq semaines. Ne prescrire le fer que lorsque la dyspepsie est améliorée. On peut donner le fer avant les repas, et l'acide chlorhydrique après. Le Congrès de Munich s'est prononcé en faveur du carbonate de fer sous forme de pilules de Bland ; en fait de préparations ferrugineuses, le Dr Hayem les accepte toutes, mais il croit l'oxalate de protoxyde, ou le pro-



toxalate de fer plus actif que toutes les autres. Le protoxalate diminue la durée du traitement, ce qui est important pour les gastropathes.

### Manifestations cutanées de la grippe

A l'Académie de Médecine, séance du 2 avril, les Drs Leloir, Tarnier, Hallopeau et Colin ont attiré l'attention des membres sur les différentes suppurations que la grippe provoque dans le tissu cutané : furoncles, anthrax, folliculites, tournioles, impétigo, ecthyma. Ces éruptions ont ceci de particulier qu'elles apparaissent au cours ou au déclin de la grippe, chez des sujets qui avaient été antérieurement indemnes de toute manifestation cutanée. Le traitement préventif consiste à désinfecter l'estomac et l'intestin par le benzo-naphtol et le calomel, et à donner la quinine dans certains cas (furoncles). Traitement local : frictions avec alcool et résorcine ou salol. La grippe produit aussi des érythèmes et de l'herpès.

### Traitement médical des végétations adénoïdes

A cette même séance du 2 avril, le Dr Marage fait la communication suivante : " Je traite les végétations adénoïdes par des badigeonnages avec un mélange à parties égales d'eau et de résorcine. En six à dix séances au plus, tous les deux ou trois jours, le malade est complètement guéri. Cette méthode évite les interventions sanglantes.

### Fistules uretéro-vaginales post-opératoires

Le Dr Tuffier a attiré l'attention des membres de la Société de Chirurgie (séance du 3 avril) sur la facilité pour le chirurgien de blesser l'uretère gauche durant l'opération de l'hystérectomie. Chez la femme, comme on sait, les uretères longent, sur une courte distance, les parois latérales de l'utérus, à la hauteur des ligaments larges. Or, c'est précisément sur ces ligaments qu'on applique les pinces hémostatiques. Comme l'opérateur, pour appliquer la pince du côté gauche (ou droit de la femme), est obligé d'agir en position croisée des mains, on comprend qu'il lui soit très facile, surtout s'il n'y prête pas une attention spéciale, de léser l'uretère et déterminer ainsi une fistule uretéro-vaginale. Le Dr Tuffier en a observé quatre cas dans sa pratique. Le docteur Segond, après avoir expliqué que les uretères sont enchassés dans le bas des ligaments larges, à 2 ou 3 centimètres de l'utérus, et que ces rapports deviennent plus intimes lorsque l'on fait basculer celui-ci, ajoute : " Dans toute hystérectomie, on devra toujours opérer en deux temps ; d'abord, après la section vaginale circulaire, fendre le col en deux valves, placer des pinces sur les artères utérines et enlever le col ; puis, cela fait, terminer par le morcellement du corps." Ce sera le meilleur moyen de se tenir à distance de l'uretère.

### La sérothérapie dans la syphilis

Un cas de syphilis tertiaire avec gommès ulcérées de la jambe guéri par des injections de sérum anti-syphilitique, voilà une nouvelle qu'il nous fait plaisir d'annoncer. On avait injecté à un âne vingt centimètres cubes de sang d'un individu en pleine évolution syphilitique (plaques muqueuses, roséole). D'un autre côté le malade aux ulcérations avait suivi pendant trois mois et demi, un traitement mercuriel, et sans aucun résultat. On attendit cinquante quatre jours, puis, le 5 mars, on commença les injections. Jusqu'au 23 mars, on fit treize injections de sérum anti-syphilitique représentant environ 25 centimètres cubes de sérum (29½ centimètres cubes égalent une once fluide). Après quatre semaines de traitement, c'est-à-dire le 3 avril, la guérison est complète, la cicatrisation intégrale. Pour plus de détails, lire la communication des auteurs, MM. Héricourt et Ch. Richet, faite à la Société de Biologie le 6 avril. Nous avons l'occasion d'annoncer, dans le numéro de mai, la découverte par M. Roger du sérum antistreptococcique. C'est le temps de s'écrier comme le gentilhomme d'autrefois : " Bravo ! messieurs de France ! " La sérothérapie est en train de devenir à la médecine ce que l'antiseptie est à la chirurgie.

### Le chlorure de zinc dans l'utérus

Le docteur Doléris ayant rappelé à la Société Obstétricale et de Gynécologie (séance de mars) que l'on réussit souvent à guérir les affections chroniques des annexes par la dilatation méthodique et progressive suivie du drainage et du curettage, et que chez le chirurgien patience et persévérance valent quelquefois mieux que soif du sang, le docteur Dumontpallier en profita pour amener sur le tapis sa fameuse méthode de traitement intra-utérin par l'introduction dans la cavité de bâtons au chlorure de zinc. Mais les docteurs Charpentier, Budin, Petit et Pichevin se chargèrent de lui prouver une fois de plus les dangers énormes que ce procédé fait courir à l'utérus, et surtout au col ; tous déclarèrent qu'ils ne voudraient jamais employer le bâtonnage dans leur pratique, alors qu'il y a tant d'autres procédés moins dangereux, y compris le curettage. On rejette complètement la méthode Dumontpallier en France.

### Nouveau procédé de traitement de l'ataxie

On s'est occupé à la Société de Thérapeutique (séance du 13 mars) d'un nouveau procédé de traitement contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie. Il s'agit toujours, comme dans la suspension, de l'élongation de la moëlle : mais cette méthode permet au malade de se traiter lui même sans appareil. Elle a été trouvée par un médecin russe, qui l'appelle le procédé en *chien de fusil*. Le malade s'étend sur son lit, fléchit les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le

tronc, et rapproche son menton de ses genoux ; une courroie passée derrière la nuque, croisée sur les genoux et serrée par le malade lui permet de rester dans cette position pendant 5 à 6 minutes tous les soirs. Les cordons postérieurs de la moëlle se trouve ainsi étirés. Après une semaine ou deux de ce traitement, les douleurs disparaîtraient, et il suffirait d'une séance de temps à autre pour maintenir la guérison. Reste à voir si l'expérience prouvera la théorie. Le Dr Blondel a guéri un patient par ce procédé ; mais, comme le fit remarquer le Dr Constantin Paul : *Testis unus, testis nullus*.

### Tuberculose locale

Le professeur Dieulafoy a fait sur ce sujet une expérience intéressante qu'il rapporte à l'Académie de Médecine (séance du 30 avril). Il s'est fait remettre par plusieurs de ses confrères les tumeurs adénoïdes et les amygdales hypertrophiées qu'ils enlevaient, et les a inoculées à des cobayes. Sur 61 cobayes inoculés avec des parcelles d'amygdales, 8 sont morts de tuberculose, et 7 sur les 39 inoculés avec du tissu adénoïde. Dieulafoy en conclut qu'il existe des cas de tuberculose primitive localisée des amygdales et du pharynx.

### Des moignons d'amputation devant servir de point d'appui.

Au congrès de la Société allemande de Chirurgie (Berlin, 17-20 avril), le Dr Bier rappelle combien souvent après une amputation, la diaphyse osseuse se recouvre d'une sorte de cicatrice hypertrophique qui est sensible à la pression. Plus tard, cette cicatrice devient atrophique et s'ulcère aisément si l'amputé s'appuie sur elle. Le procédé du Dr Bier, pour obtenir un moignon susceptible d'être directement utilisé comme point d'appui, consiste à détacher au niveau de la section osseuse, un coin d'os qui sera replié à angle droit, et qui se réunira par première intention à la diaphyse en la recouvrant.

### Progrès de la chirurgie du cerveau.

A la même séance du congrès allemand, le Dr von Bergman parle longuement de la chirurgie du cerveau et du crâne. Les chirurgiens qui regardaient autrefois le cerveau comme un *noli me tangere*, en sont venus, grâce aux progrès et à l'asepsie, à faire des trépanations exploratrices. Pour ouvrir le crâne, le Dr Bergman préfère au ciseau une scie circulaire. Il en a fait construire une, pour son propre usage, actionnée par l'électricité. Maintenant, dans les abcès du cerveau consécutifs à l'otite chronique, dans les suppurations ou la thrombose des sinus, on intervient toujours chirurgicalement. Dans certains cas de pression intra-crânienne, dans ceux, par exemple, qui dépendent de l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, on a recours à la ponction. Mais les résultats sont moins favorables et moins sûrs.

## COURRIER DE L'HOPITAL

Notes du Dr A. Ethier, interne en chef

Durant le mois d'avril dernier nous avons reçu dans nos salles, dans les différents services, 139 nouveaux malades et 92 patients admis durant le mois précédent étaient encore sous traitement le 1er avril; ce qui fait un total de 231 malades soignés en avril. Sur ce nombre 151 ont été congédiés guéris, améliorés, ou non-améliorés; 15 sont morts, dont 8 sous traitement et les autres en dedans de 72 heures après leur entrée dans l'hôpital.

L'ambulance a fait 42 courses pour accidents.

En Chirurgie et en Gynécologie, on a pratiqué 60 opérations, et 31 en Ophthalmologie.

1439 patients pauvres sont venus recevoir des consultations gratuites dans les différents dispensaires, et leurs prescriptions ont été remplies à la pharmacie de l'hôpital.

\* \* \*

Au nombre des patients, traités dans les salles, nous avons rencontré quelques cas très intéressants. Ne pouvant rapporter l'histoire de chacun d'eux en détail, nous allons donner un résumé de quelques-uns d'entre eux. Le service de gynécologie est certainement celui qui a été le mieux favorisé depuis quelque temps.

Obs. I. — Un confrère d'une ville voisine nous arrive un jour avec une malade portant une tumeur abdominale. La patiente est âgée de 61 ans, pâle, mais très courageuse. Après lui avoir fait raconter le début de sa maladie et la marche jusqu'aujourd'hui, nous pratiquons un premier examen, et voici ce que nous constatons: Développement considérable de l'abdomen. A la percussion, nous avons bien un peu de fluctuation comme dans un cas d'ascite, mais la forme du ventre n'est pas cette forme caractéristique que l'on rencontre dans l'ascite simple. Ce n'est pas le ventre en grenouille; au contraire il a plutôt la forme d'un cône. Au sommet, à un ou deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic, on remarque une tumeur ressemblant à une petite hernie abdominale, mais les autres symptômes pouvant aider le diagnostic font défaut. Cette tumeur ne semble avoir aucun rapport avec celle qui est dans la cavité abdominale.

Dans le but de nous renseigner sur cette dernière, nous pratiquons une ponction et nous retirons près de deux gallons d'un liquide citrin. Après cette ponction, nous pouvons constater plus facilement

la présence d'une tumeur solide, très volumineuse et à surface irrégulière et paraissant avoir son point d'insertion soit à l'ovaire gauche ou au fond de l'utérus. L'examen vaginal ne peut nous renseigner, car il y a un prolapsus complet de l'utérus, avec un allongement hypertrophique considérable du col et en plus une déchirure presque au troisième degré du périnée. En outre la patiente porte à gauche une hernie crurale.

La troisième journée après son entrée à l'hôpital, la patiente étant sous l'influence du chloroforme, on pratique une laparotomie. Dès qu'on pénètre dans la cavité péritonéale, il s'échappe d'abord un liquide semblable à celui que nous avons eu lors de notre ponction, et immédiatement nous apparaît une énorme masse contenant des poches kystiques. Après avoir ponctionné ces kystes, ne rencontrant que quelques légères adhérences, nous parvenons à sortir la tumeur en entier et mettons une ligature sur le pédicule. C'est un papillôme ayant pris origine sur l'ovaire gauche.

Après un bon lavage de la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie, l'opérateur (1) suture le fond de l'utérus aux parois de l'abdomen pour remédier au prolapsus. On laisse un tube en verre dans la cavité abdominale pour pouvoir étancher le liquide au fur et à mesure qu'il se formera.

Quoique la patiente ait très bien supporté et l'anesthésique et l'opération, on croit qu'il est préférable de remettre les autres opérations à une prochaine séance.

Durant les premières quarante huit heures après l'opération, la patiente se comporte très bien : quelques légers vomissements et très peu de douleurs. On étanche le liquide toutes les heures, puis toutes les deux heures, enfin on remplace le tube par un plus petit, puis par des crins, et enfin par une mèche de gaze iodoformée. Dix-huit jours après l'opération, nous enlevions et drainage et sutures, et la 23<sup>e</sup> journée, la patiente sortait du lit sans la moindre complication. Pendant ce temps la tumeur que l'on avait remarquée dans les parois de l'abdomen avait disparu.

Quelques jours plus tard on remédiait aux désordres du côté du périnée avec un succès satisfaisant. Quant à la hernie crurale, comme la patiente n'en souffrait pas, on a préféré ne pas intervenir.

Obs. II.—Quelques jours plus tard, un cas à peu près semblable se présentait encore dans le service, mais celui-ci moins compliqué. La patiente n'est âgée que de 46 ans. C'est un sujet très amaigri, nerveux, teint anémique. Rien du côté de l'utérus, qui semble libre de toute attache avec l'énorme tumeur abdominale. Pas de fluctuation faisant croire à de l'ascite. Après examen, les deux médecins traitant sont d'opinion qu'ils ont affaire encore ici à une tumeur de l'ovaire gauche.

---

(1) M. le Dr Brennan, chargé du service de gynécologie.

Une laparatomie pratiquée deux jours plus tard vient confirmer ce diagnostic.

En ouvrant la cavité péritonéale on se trouve en présence d'une énorme masse solide que l'on ne peut circonscrire en aucun sens et malgré une longue incision de l'ombilic au pubis, il est encore impossible de la sortir sans morcellement. Aucune adhérence. C'est une masse gélatineuse avec nombreux kystes liquides ressemblant beaucoup au cas rapporté plus haut. Nous croyons avoir affaire ici encore à un papillôme de l'ovaire.

On suture la plaie de l'abdomen sans tube à drainage et 19 jours plus tard la patiente laissait l'hôpital, en pleine voie de guérison, sans complication. Tous les points de suture avaient été enlevés.

Obs. III. — Voici un autre cas de laparatomie qui a parfaitement réussi malgré une grave imprudence de la part de la patiente.

Delle L... âgée de 36 ans, se présenta ici accusant de fortes douleurs dans la région de l'ovaire gauche. Soumise, pendant près de 3 semaines, à un traitement qui n'apporte aucun soulagement, on lui propose l'opération de la laparatomie, qui est pratiquée le 20 avril. On trouve un ovaire scléreux et atrophié, et une trompe double du volume normal et très congestionnée. L'un et l'autre sont enlevés.

Deux jours après l'opération, un matin que la garde-malade avait laissé la patiente pour quelques instants, celle-ci se lève de son lit, en chemise de nuit, sans bas ni pantoufles, et se rend dans une chambre voisine pour aller à la garde-robe. Le lendemain elle accuse des douleurs dans la région de la parotide droite, et après quelques heures on voit apparaître un gonflement de la glande. La température est à 102° F. Après 3 jours de traitement intus et extra tout rentre dans l'ordre. Aucune complication du côté de l'abdomen. Toutes les sutures sont enlevées après 13 jours, et juste vingt jours après l'opération, la patiente retourne chez les siens parfaitement guérie.

\* \*

La médecine et la chirurgie nous ont aussi fourni de bien jolis cas, mais nous en parlerons dans une prochaine causerie.

---

## A travers la thérapeutique

### Nouveaux remèdes.

Deux nouveaux remèdes viennent d'apparaître à l'horizon de la thérapeutique : le *borate de chaux* et le *sulfate d'aniline*.

Le borate de chaux est un sel blanc, inodore, presque sans saveur, qu'on obtient par le mélange de solutions de borate de soude et de chlorure calcique. Il se produit un précipité gélatineux qu'on lave soigneusement. Il se décomposerait dans l'intestin en acide borique et en chaux. Un médecin brésilien le prescrit aux très jeunes enfants comme anti-diarrhérique antiseptique, à la dose de cinq à six grains. Ce serait un bon médicament, en applications externes sur les brûlures et dans l'eczéma humide. Il rendrait aussi des services dans les sueurs fétides.

Le sulfate d'aniline est une poudre blanche, amorphe, soluble dans l'alcool, plus difficilement soluble dans l'eau. Ce serait un médicament anti-cancéreux de premier ordre. Son action comme analgésique et désodorisant est surtout remarquable. L'emploi de ce médicament paraît devoir être entouré de beaucoup de précautions et l'on doit, au point de vue du dosage, tâter l'impressionnabilité du malade et n'élever les doses que graduellement. On peut débiter par 1½ grain par jour et élever peu à peu cette dose jusqu'à douze grains par jour. La résorption de cette préparation dure ordinairement deux heures. Après ce temps, mais le plus souvent avec de fortes doses, les lèvres et les ongles se colorent en bleu ; on peut également observer de la dyspnée, des vertiges, mais au bout de 2-3 heures ces symptômes disparaissent sans laisser de traces. On le fait prendre dans une hostie par dose de 1 grain le matin et 1 grain le soir au début. Ou bien en solution :

Sulfate d'aniline.....	½ dram
Alcool pur.....	2 onces
Saccharine.....	½ dram

Dose : 1-3 cuillerées à bouche par jour.

### A propos des anesthésiques

Le choix des anesthésiques est un sujet sur lequel on a beaucoup parlé et beaucoup écrit, et la cause de chloroforme vs éther est encore en délibéré. On connaît l'autorité du Dr Wood sur ces questions, aux Etats Unis, et la préférence des médecins américains pour l'éthérisation. L'administration de l'éther n'est pas aussi dépourvue de dangers qu'on veut bien le croire. "Le rein, dit le Dr Wood,

est toujours congestionné durant l'administration de l'éther, et il est fort probable que si l'anesthésie durait assez longtemps, il y aurait desquamation des cellules épithéliales. Il va de soi, ajoute le savant docteur, que chez un patient où il y aurait urémie commençante, et par conséquent dépression des centres respiratoires, il serait fort dangereux de surajouter l'action de l'éther, car ce serait s'exposer à la mort subite." Il y a encore un point de vue dont le Dr Wood ne parle pas dans son article du *University Medical Magazine*, c'est l'action de l'éther sur la muqueuse pulmonaire. L'éthérisation, devant durer longtemps, exigeant une inhalation considérable de gaz, irrite certainement la muqueuse des bronches. Peut-elle déterminer l'inflammation du poumon? Il faudrait voir; il est fort probable, dans tous les cas, qu'elle crée une prédisposition momentanée. Quant à l'action des vapeurs d'éther sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, les gynécologistes la constate souvent, surtout chez les femmes qui ont la bouche ulcérée par une dent cariée ou toute autre cause. Après deux à trois heures d'inhalation d'éther, la bouche reste, pendant 48 heures ou plus, sèche, enflée et douloureuse.

#### Les méfaits de la cocaïne.

L'anesthésie locale par la cocaïne n'est pas sans danger non plus. Elle a même causé des morts subites. Le Dr Bronson Gee, de Rochester, rapporte dans le *N. Y. State Medical Recorder*, un cas d'empoisonnement passager où les symptômes ont été bien étudiés. C'était chez un patient de vingt quatre ans auquel le docteur opérait un phimosis. Après avoir appliqué une ligature élastique sur le pénis, on injecta dans le prépuce environ quarante minimes d'une solution de cocaïne à 4,100. Tout alla bien pendant l'opération; mais dès que la ligature fut ôtée, le malade se plaignit de se sentir drôle, et demanda un verre de boisson qu'on lui donna. Il voulut ensuite uriner, mais ne put y parvenir: et l'anxiété était si grande qu'on dû passer un cathéter. Le patient était excité, parlait beaucoup; puis sa figure devint pâle, baignée de sueurs, le langage incohérent; le malade se plaignit de crampes et de démanagements à la plante des pieds, d'une pesanteur au creux de l'estomac; la face devint grippée, les lèvres pâles, les pupilles dilatées, la respiration superficielle, le pouls lent et petit. Le patient était très alarmé et pria qu'on ne l'abandonnât pas. Heureusement les symptômes disparurent peu à peu sous un traitement énergique: esprit d'ammoniaque, viskey et mouche de moutarde sur la région du cœur. Cela avait duré quatre heures.

#### La duboisine dans l'insalubrité

La *Review of Insanity and Nervous Diseases* recommande beaucoup le sulfate neutre de duboisine chez les déments (Drs Loicano et



Masuro), et surtout chez les maraîchers. Ce serait un sédatif supérieur aux autres en ce qu'il aurait un effet plus prompt, et il ne présenterait pas les inconvénients de l'hyoscyamine et l'hyoscine. Ce serait aussi un bon hypnotique, donnant un sommeil physiologique. La dose qui a donné les meilleurs résultats est 1/60 de grain. Les injections hypodermiques de duboiïne, combinées à l'usage interne du bromure, constituent un traitement excellent de l'épilepsie.

### Le campho-menthol

L'union du camphre et du menthol donne un corps fluide dont la formule atomique est  $C^{10}H^{16}O$ , et qui fut employé pour la première fois par le Dr Bishop, un spécialiste de Chicago. L'action de ce composé se porte surtout sur la muqueuse du nez et du larynx et agit en contractant les capillaires de cette muqueuse, diminuant l'hypertrophie, calmant l'irritation et les éternuements, diminuant et améliorant les sécrétions muqueuses. On l'emploie en solution de 1 à 3 : 100 dans un pulvérisateur. L'usage en est indiqué dans le coryza, la fièvre des foins, la rhinite hypertrophique, la pharyngite, la laryngite, etc.

### L'arsénite de cuivre contre l'inflammation des muqueuses.

On vante beaucoup, depuis quelque temps, les effets de l'arsénite de cuivre sur les inflammations aiguës ou subaiguës des muqueuses en général. Que ce soit dans l'urèthre, la vessie ou le nez, on emploie une solution de 1 : 50,000 ou 100,000, répétée toutes les deux heures. L'effet salubre est d'autant plus sûr que l'application du remède est faite à bonne heure. Voici comment agit l'arsénite de cuivre : 1<sup>o</sup> il nettoie les parties lésées ; 2<sup>o</sup> il calme les vaso-moteurs excités ; 3<sup>o</sup> il stimule et tonifie les cellules. L'action curative est surtout efficace sur la conjonctivite.

### L'essence d'ananas dans la dyspepsie

Les américains ont depuis quelque temps un nouveau remède, le *pinapin*, ou l'essence d'ananas (pine apple). C'est un excellent eupeptique. Il agirait très bien aussi sur les muqueuses inflammées, surtout celle de l'estomac. On l'emploie en pharmacie sous forme de cidre d'ananas. Dose. 1 cuillerée à soupe dans un verre d'eau sucrée. Si vous souffrez d'une gastrite chronique, c'est le bon temps : votre dessert est tout indiqué d'avance.

### À propos de maltose

Puisque nous en sommes au tube digestif et aux enpeptiques, on prépare en France un excellent tonique nutritif qu'on appelle la *maltose*. C'est tout simplement l'amidon de l'orge germée déjà transformé en sucre, mais n'ayant pas encore fermenté. On soumet

de l'excellente orge germée à l'action de la levure de bière ou diastase, qui a la propriété, comme on sait, de transformer l'amidon en sucre. Quand cette transformation s'est accomplie, au lieu d'exposer l'orge à la chaleur pour la faire fermenter et obtenir de la bière, on arrête les manipulations, et l'on a un sucre de malt dont les propriétés nutritives et digestives sont des plus remarquables. On l'emploie surtout dans la tuberculose et les affections chroniques des intestins.

### L'antipyrine dans les diarrhées de l'enfance

Le Dr Rousseau Saint-Philippe, de Bordeaux, a fait dernièrement (23 avril), à l'Académie de Médecine, une communication sur l'action de l'antipyrine dans la diarrhée des enfants. Il faut que cette diarrhée ne soit pas de cause microbienne, mais dépende d'une irritation locale de la muqueuse de l'intestin ou d'une cause réflexe, telle que la dentition. L'antipyrine serait dans ces cas astringente et calmante, et n'offrirait pas les dangers de l'opium. Voici la formule du Dr Saint-Philippe pour les enfants au-dessous d'un an :

Antipyrine.....	8 grains
Sirop simple.....	} à à 1 once
Eau.....	

1 cuillerée à café toutes les deux heures quelques minutes avant la tétée.

### Les médicaments galactogènes

Mademoiselle Grinewitch a étudié dernièrement, dans sa thèse à Paris, les principaux remèdes employés pour faire reparaître ou augmenter la sécrétion lactée. Suivant le nouveau docteur, le galéga est le meilleur médicament. Teinture de galéga, 250 à 500 gouttes par jour ; diviser en doses de 50 à 100 gouttes. Sirop de galéga : quatre à cinq cuillerées à soupe par jour. Les substances qui viennent ensuite sont la teinture ou le sirop d'ortie brûlante ; mêmes doses. Puis la poudre de cumin, d'anis ou de fenouil, 15 grains une à cinq fois par jour.

### Les médicaments et la nutrition

Un médecin allemand, le Dr Jordan, a fait des expériences sur le chien à l'aide de la digitaline, et a constaté qu'un chien affamé réagit à une dose bien plus faible du médicament qu'un chien bien nourri. Il conclut qu'il en doit être de même dans l'organisme humain. Le fait aurait alors son importance dans le traitement des cachexies.

## CHRONIQUE

---

**Le Dr Wyatt-Johnson et les Coroners.**—On sait que le Dr Wyatt-Johnson a fait, il y a quelque temps déjà, un voyage aux États-Unis, afin d'étudier dans ce pays le fonctionnement des cours de coroner. Son rapport au Secrétaire d'Etat de la Province, daté du 21 novembre 1893, a paru dans le *Canada Medical Record* du mois de mars dernier. En voici les conclusions :

1o Nommer, dans chaque district, des médecins examinateurs officiels qui diront si la mort est due à la violence ou non, et des magistrats ou avocats qui décideront si telle violence est de nature criminelle et nécessite une enquête devant un jury ;

2o Exiger une enquête et un examen préliminaires du corps dans tous les cas rapportés, enquête et examen faits par le médecin examinateur et le coroner dans les villes, par le médecin examinateur seul dans les campagnes ; les résultats devant être conservés par écrit ;

3o Ordonner l'autopsie toutes les fois que l'on ne connaît pas la cause de la mort ou que les circonstances en paraissent louches. Appeler le jury lorsqu'il y a des indices d'un acte violent criminel ;

4o Dans les grandes villes, remplacer les honoraires par un salaire fixe.

**Le premier congrès médical de l'Inde.**—L'administration de l'Inde est divisée en trois présidences : celles de Bengale, de Madras et de Bombay. Il y a quelques autres petites provinces qui ne comptent guère. Tout le pays est occupé militairement par l'Angleterre, et ce sont les médecins militaires qui soignent la population et pratiquent dans les hôpitaux. Il y a à peine dans tout l'empire cinquante médecins civils ne relevant pas du gouvernement, tandis qu'il y a 2000 médecins de l'armée et de l'administration. Huit cents d'entre eux se sont réunis à Calcutta sous la présidence du chirurgien Hill. Le congrès avait été organisé par la *British Medical Association*, qui s'était fait représenter par le Dr Hart, rédacteur du *British Medical Journal*.

**La fécondité de la race canadienne.**—Nous trouvons dans le *Journal d'Hygiène* de Paris, numéro du 25 avril, le passage suivant reproduit du *Medical Record* :

*Prime à la fécondité.*

La province de Québec n'est pas près de se dépeupler, et Malthus n'y trouverait pas grand accueil.

Une loi récente du Conseil provincial a édicté que cent acres de terre appartenant au gouvernement seraient alloués à chaque famille

qui compterait douze enfants vivants issus d'un mariage légitime. A ce jour, 174,200 acres de terres les plus favorables à l'agriculture ont été distribués à 1742 chefs de famille ayant plus de douze enfants et remplissant les conditions légales. Et tout le monde n'est pas encore satisfait !

Les familles de vingt et plus d'enfants ne sont pas rares, et leurs chefs réclament une récompense proportionnelle à leurs patriotiques efforts. Un monsieur Paul Bellanger, de la rivière du Loup, ne demande pas moins de 300 acres ; il base sa réclamation sur ce fait qu'il a trente-six enfants vivants. M. Théoret, de Sainte-Genève, n'accuse que dix-sept enfants, mais son épouse n'a que trente ans ; elle compte à son actif deux triples naissances en cinq ans et trois doubles pendant le même temps. Que ne continue-t-elle dans ces proportions ? Elle posséderait bientôt à elle seule toute la province de Québec !

**Un char hôpital.**—Le *Savannah, Florida and Western Railway* vient de faire construire pour sa ligne un char-hôpital ; il y a dans ce char une chambre pour les malades et une salle d'opération très bien montée. Sur le côté, une large porte permet d'entrer les malades avec facilité. C'est la première ligne possédant un char de cette nature. La compagnie ne dit pas si les chirurgiens seront obligés d'opérer pendant la marche du train.

**La méthode de Thure-Brandt appréciée par une femme.**—Madame P. Peltier, ancien externe des hôpitaux, docteur en médecine de la Faculté de Paris, vient de publier chez Bataille un livre intitulé : "La Méthode de Thure-Brandt et son application au traitement des maladies des femmes." Comme on sait, Thure-Brandt est un médecin suédois qui traite la plupart des maladies par le massage. Madame Peltier est allé à Stockholm étudier cette méthode et est revenu enthousiasmée ; d'après le savant docteur, cette méthode est infaillible.

**Une femme nommée médecin à un hôpital.**—Puisque nous sommes à parler de femmes, citons la nomination, par le Conseil des Hospices de Bruxelles, de mademoiselle M. Derschied au poste d'Assistant-médecin à l'Hôpital des Enfants-Assistés. C'est la première fois, à Bruxelles, qu'une femme fait partie du bureau médical d'un hôpital.

**L'Association médicale américaine.**—Cette Société s'est réunie cette année à Baltimore, du 7 au 10 mai. L'Académie Américaine de Médecine a tenu ses assemblées dans la même ville, le 4 et 6 mai, à l'Université Johns Hopkins. Nous aurons des détails au prochain numéro.

**La foudre à l'Hôpital Saint-Camille.**—L'autre soir, 8 mai, la foudre est tombée sur le coteau, près de l'hôpital Saint-Camille, et a malheureusement touché les fils qui relient cet établissement à la ville. La boîte d'alarme et le récepteur téléphonique ont volé en éclats, et toutes les lumières électriques se sont éteintes. Les braves sœurs, qui n'ont guère l'habitude de la peur, heureusement, se sont vues forcées d'attendre au lendemain pour y voir clair.

**Traitement populaire de l'ictère en Lorraine.**—Le Dr G. Etienne, de Nancy, publie dans la *Revue Médicale de l'Est*, quelques pratiques en usage parmi les paysans lorrains. Voici le traitement de l'ictère. "Faire une neuvaine; le premier jour, avaler dans du lait caillé un pou; le deuxième jour, deux poux; et ainsi de suite jusqu'à 9 poux le neuvième jour. Diminuer ensuite la dose d'un pou par jour jusqu'à un pou le dix-huitième jour. La guérison est certaine pour ce jour-là." Hélas! pas besoin d'aller en Lorraine pour trouver des superstitions. Tout dernièrement encore, dans un grand établissement religieux, près de cette ville, on faisait subir ce traitement à une petite fille qui avait la jaunisse. Ce n'est pas une plaisanterie: nous affirmons la chose sur l'honneur.

**L'Assistance publique et les hôpitaux.**—On sait que tous les hôpitaux de Paris sont gouvernés par un corps administratif qu'on appelle l'Assistance publique. Dernièrement, les directeurs ont divisé Paris en autant de districts qu'il y a d'hôpitaux, et décrété que tous les malades pauvres d'un même district devront s'adresser au même hôpital, et non à celui du district voisin. Les médecins et chirurgiens ne sont pas très contents de se voir limiter ainsi leur champ d'opération. A la séance du 26 avril de la Société Médicale des Hôpitaux, l'on a protesté fortement, mais avec prudence. Cela changera-t-il les choses?

**Une nouvelle chaise à pansements.**—Nous avons vu l'autre jour à l'hôpital Notre-Dame une chaise à pansements dont la disposition est très ingénieuse. Le malade étant assis, on relève devant lui un cadre attaché au siège et muni d'une glissière, ce qui permet de l'adapter à la longueur de la jambe; on le garnit d'une toile cirée sur laquelle repose le membre, et l'on se trouve à faire le pansement sur une véritable table à hauteur d'appui. Tous ceux qui ont déjà fait un pansement du membre inférieur comprendront l'avantage immense qu'il y a de ne pas se courber pour faire l'ouvrage. Une tablette sous le siège glisse sur rainures et sert à poser les bassins, pommades, instruments, etc. A l'arrière, un tiroir contient les bandages. L'inventeur de cette chaise est sœur Lheureux; elle eut souvent l'occasion, durant sa longue carrière d'hôpital, de songer aux avantages d'un pareil meuble. Et l'on viendra nous dire que les sœurs ne sont bonnes que pour réciter des prières!

**Sir Henry William Hingston.**—Le public aura appris avec plaisir l'agréable nouvelle qui nous est arrivée le 24 mai. Notre gracieuse souveraine, voulant honorer la profession médicale dans ce pays, a décoré deux de nos médecins les plus distingués. L'un, dont la brillante carrière à l'Hôtel-Dieu est bien connue de la province, est M. le Dr Hingston. L'autre, surtout connu en politique, est M. le Dr Schultz, lieutenant-gouverneur du Manitoba. La profession va se sentir fière en se voyant ainsi honorée dans la personne de ses membres les plus méritants. *L'Union Médicale* est heureuse d'enregistrer aujourd'hui ces marques de la faveur royale.

**Le Dr Roux à l'Hôtel-Dieu.**—M. le Dr Pierre Roux, Laval 1895, vient d'être nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Valois ayant quitté l'hôpital pour pratiquer à Lachine avec son père. M. Théodule Bruneau, bachelier en médecine, demeure assistant-interne.

On est tout joyeux, à l'Hôtel-Dieu, de l'honneur fait récemment à l'éminent chirurgien, sir William Henry Hingston, et il est question parmi les médecins de l'hôpital de donner un banquet à leur distingué camarade. Nul doute que la profession s'y associera de tout cœur. Le Dr Roux a presque promis à *l'Union Médicale* de lui envoyer un bulletin mensuel et devenir ainsi un de ses collaborateurs ; la revue fera tout en son possible pour procurer ce plaisir à ses abonnés.

**L'Association Américaine d'Electro-thérapie.**—Cette association se réunira à Toronto le 3 septembre prochain. Elle a nommé une commission chargée d'obtenir que tous les fabricants d'appareils électriques adoptent une mesure uniforme dans l'ajustement des électrodes, réophores, etc. On comprend l'avantage d'une dimension uniforme des pas de vis permettant d'adapter n'importe quelle aiguille à électrolyse sur un même appareil. Tous les praticiens formeront des vœux pour le succès de l'entreprise. Pour plus amples détails, s'adresser au Dr Charles R. Deckson, 159 Bloor Street East, Toronto.

---

## VARIÉTÉS

## Les statistiques du bureau provincial d'hygiène

M. le Dr Roy, chargé du département des statistiques au bureau provincial d'hygiène, est à compléter pour le gouvernement le tableau détaillé de la mortalité dans la province de Québec durant l'année 1894. Chaque comté et chaque ville de la province, du moins ceux qui ont envoyé des rapports complets, y sont représentés avec leur nombre de morts et les maladies qui les ont causées. C'est un travail énorme et trop long pour être reproduit ici. Nous nous contentons de donner le total de la mortalité des comtés suivants :

Argenteuil .....	132
Arthabaska .....	506
Bagot .....	370
Beauce .....	1058
Beauharnois .....	318
Bellechasse .....	423
Berthier .....	319
Bonaventure .....	211
Brôme .....	171
Chambly .....	272
Champlain .....	675
Charlevoix .....	211
Chateauguay .....	158
Chicoutimi .....	470
Coupton .....	201
Deux-Montagnes .....	309
Dorchester .....	503
Drummond .....	219
Gaspé .....	304
Hochelaga (comté) .....	827
Ville St Henri .....	493
Ville Ste Cunégonde .....	378
Hull (ville) .....	353
Huntingdon .....	200
Iberville .....	152
Jacques-Cartier .....	382
Joliette .....	441
Kamouraska .....	380
Laprairie .....	276
L'Assomption .....	427

Laval.....	281
Lévis (ville).....	197
Lévis (comté).....	649
L'Islet.....	242
Lotbinière.....	418
Maskinongé.....	402
Mégantic.....	349
Missisquoi.....	200
Montcalm.....	356
Montmagny.....	341
Montmorency.....	301
Nicolet.....	668
Ottawa.....	780
Portneuf.....	551
Québec.....	469
Rimouski.....	642
Stantead.....	239
Montréal (ville).....	7145
Québec (ville).....	1577
Grand total.....	26946

Ceci est la statistique de 49 comtés sur 61 que renferme la province. Nous publierons les autres prochainement. Maintenant voulez-vous savoir quelles sont les maladies dominantes dans ces différents comtés. Dans 29 d'entre eux, c'est-à-dire plus de la moitié, les maladies qui ont le plus enlevé de grandes personnes et d'enfants, ce sont les maladies diarrhéiques. La maladie dominante, à part les diarrhées, se partage comme suit :

Coqueluche.....	1 comté
Pneumonie.....	2 comtés
Grippe.....	2 "
Diphthérie.....	3 "
Scarlatine.....	4 "
Débilité infantile.....	7 "
Tuberculose pulmonaire.....	10 "

Remarquez que ce sont toutes des maladies contagieuses, à part la débilité infantile, et que toutes sont des maladies que l'on rencontre le plus fréquemment chez les enfants. Donc, ce qui décime le plus notre population, ce sont les maladies de l'intestin et les maladies contagieuses, surtout celles de l'enfance. Ces faits nous donnent un enseignement, car ils font voir combien notre population a besoin d'une hygiène bien comprise et d'une prophylaxie bien exercée. Car c'est un fait reconnu que la cause principale des maladies des intestins c'est une mauvaise hygiène ou une cachexie.



Et qui est-ce qui ne comprend pas qu'une maladie contagieuse est évitable! Quand on voit sept comtés dont la mortalité est alimentée surtout par la débilité infantile, cela porte à faire des réflexions. Et que penser de cet autre comté où la diphtérie donne 260 morts sur un total de 400? A la place de diphtérie, mettons si vous voulez, maux de gorge: pourquoi cette prédominance? Disons-le hautement: le conseil provincial d'hygiène, en cherchant à enseigner la population rurale par des conférences données par son inspecteur, et la population instruite par des statistiques éloquents, accomplit une œuvre scientifique et humanitaire de premier ordre. Espérons que l'on comprendra bientôt, dans les campagnes comme à la ville, que le meilleur moyen de ne pas être malade, c'est de vivre hygiéniquement. Espérons aussi que les pères de familles auront conscience de la responsabilité qui s'attache à leur état: quand on fait un enfant, on contracte par là même l'obligation de protéger sa vie. Quand on comprendra bien cela, on ne raisonnera plus comme cet habitant qui disait un jour à l'inspecteur du bureau provincial, le Dr Beaudry: "Vous prétendez, docteur, qu'on peut réchapper tous nos enfants. On voit bien que vous connaissez pas ça. Y en a qui vivent, y en a qui meurent. Les animaux, c'est pareil. Croyez vous qu'on réchappe tous nos animaux!"

---

#### Clientèle à céder

Le Dr Hébert, établi à Saint-Raymond, comté Portneuf, sur le chemin de fer Québec et Lac St Jean, depuis 13 ans, cédera sa nombreuse clientèle à tout médecin qui achètera sa propriété.

Conditions faciles.

S'adresser au Dr A. E. Hébert, Saint-Raymond, comté Portneuf, province de Québec.

---

#### DECES

DUHAMEL.—A Saint Justin, le 13 mai 1895, est décédé à l'âge de 20 mois, Jules Arthur Alfred, enfant bien-aimé de M. A. A. Duhamel, M. D.

MADORE.—A la Pointe Claire, le 21 avril 1895, à l'âge de 18 ans et deux mois, Blanche Yvonne, enfant de G. Madore, M. D.

---