
SOMMAIRE

NEUROLOGIE.

- 127 — Michel Thomas Brennan..... *Benoit*
-

MÉMOIRES

- 130 — Parmi les tombes..... *Coyteux-Prévost*
156 — Un cas d'atrophie papillaire complète causée par
l'ingestion d'une forte dose d'alcool méthy-
lique..... *Foucher*
162 — Fracture de la rotule, suture métallique..... *St-Jacques*
-

CHRONIQUE MÉDICALE.

- 167 — Revue de la presse française. *Le Sage.*
— Le travail du cœur humain.
— Le salicylate de soude dans le lupus.
— La pleurésie purulente chez l'enfant.
— Le sérum de Marmoreck dans la tuberculose
pulmonaire.
— Un cas de simulation chez une femme enceinte.
-

NEUROLOGIE

- 174 — Action thérapeutique de la bromipine.
— Le véronal.
— Tabès et mariage—fécondité et descendance.. *Chagnon.*

CORRESPONDANCE.

178 — A propos du sérum de Marmoreck *Lemieux*

SOCIÉTÉS.

- 182 — La Montreal Medico-chirurgical Society — rapport
de la séance du 4 mars 1904 *St-Jacques*
- 185 — Société Médicale de Montréal — rapport des séances
des 8 et 22 mars..... *Décarie*
-

LE PROFESSEUR POZZI

Au Congrès des Médecins de langue française
de l'Amérique du Nord.

Noùs sommes heureux d'annoncer que M. le professeur Pozzi a été désigné comme délégué officiel au Congrès de Montréal où il représentera l'Université et la Faculté de Médecine de Paris.

Monsieur Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, et Monsieur Debore, doyen de la Faculté de Médecine, ont accédé avec empressement au désir de Monsieur le professeur Foucher, président de l'Association.

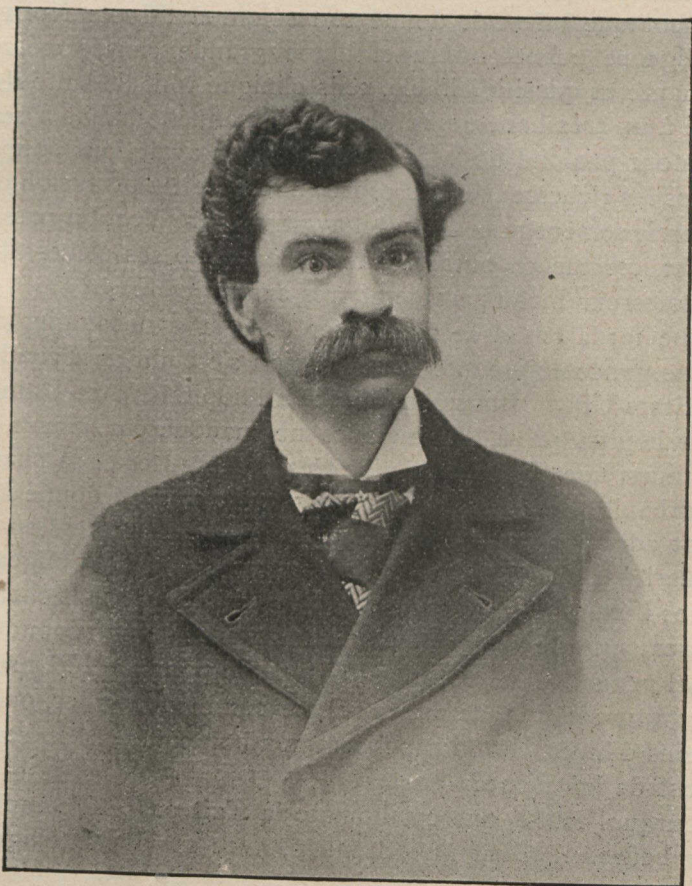
Pour notre part, nous sommes heureux de cette cordiale réception en haut lieu comme du choix du délégué; et nous ne doutons pas que Monsieur Pozzi, qui compte parmi nous autant d'élèves que d'amis, reçoive des membres du Congrès, ses cousins d'outre-mer, l'accueil dû, à la fois, au français distingué et au professeur émérite.

LA DIRECTION.

NECROLOGIE

MICHEL-THOMAS BRENNAN

Né d'un père et d'une mère émigrés d'Irlande, ayant tout jeune perdu sa mère, adopté par une famille de braves gens qui purent, grâce à leur travail journalier, lui faire donner une instruction élémentaire, Brennan avait fait son chemin tout seul, servi par les seules qualités de son esprit et de son cœur.



MICHEL-THOMAS BRENNAN — 1862-1904.

A l'École Normale, où l'abbé Verreau l'avait pris sous sa protection, Brennan enseignait la classe des grands tout en suivant ses cours de médecine et préparant ses examens de doctorat. Dès cette époque, un acharnement prodigieux au

travail et une grande générosité du cœur formaient déjà le fond de son caractère. Il avait résumé son cours de géographie en tableaux synoptiques, et, par goût, par dilettantisme, pour obliger, il en faisait des copies à ceux de ses élèves qui les lui demandaient.

Dès qu'il eût son diplôme de docteur, l'hôpital Notre-Dame le choisit comme premier interne. C'est là que se révélèrent les brillantes qualités de son esprit et cette aptitude à l'enseignement que lui avait donné son séjour à l'École Normale. Intelligence primesautière et d'une grande clarté, mémoire étonnante et quasi-infaillible, sens clinique tout de suite développé à un très haut degré, dextérité manuelle habile à servir un amour profond de la science, Brennan avait tout pour lui. Toutes les richesses de son esprit, il les jetait à profusion dans un enseignement pour lequel il avait une prédilection passionnée; et, comme en outre il aimait beaucoup ses élèves, il fut un professeur incomparable et très suivi.

Il ne tarda pas à se spécialiser dans la gynécologie; c'est comme gynécologue que sa réputation s'étendit au Canada et aux États-Unis. Dans son service à l'hôpital Notre-Dame et à son hôpital privé, les malades ne manquèrent jamais. Il avait aussi une clientèle de ville très nombreuse; et sa charité, son urbanité, son dévouement, sa science avaient donné à cet enfant adoptif devenu l'un des premiers de sa profession une popularité qu'il méritait bien. Brennan était l'obligeance même; il ne savait pas refuser. Que de bien il a fait chez les pauvres; que de fois il quitta ses malades pour répondre à l'appel pressant d'un confrère! Grippé, le poumon déjà pris, la température élevée, ne quitta-t-il pas son lit pour aller, par les chemins d'hiver, là où l'appelaient son bon cœur et son renoncement de lui-même?

Pourquoi faut-il que cet homme là n'ait pas été complètement heureux? C'est que Brennan, avec sa vive intelligence et son grand cœur, et peut-être à cause de cela, était mal organisé pour le côté matériel et pratique de la vie. A l'exemple de ses parents adoptifs, le travail ne lui faisait pas peur, il tenait d'eux une âme pitoyable à la misère humaine; il avait pour ceux qui lui étaient sympathiques une amitié sincère qu'

ne se démentait jamais ; mais la question d'argent et les misères de la lutte pour la vie lui faisaient horreur. Combien il a souffert de l'injustice, de l'ingratitude et des bas calculs rencontrés sur sa route ! Combien lui a manqué la tendre prévoyance d'un cœur vraiment dévoué ! Brennan, dans les dernières années de sa vie, était devenu un blessé et un sensitif ; s'il n'avait pas eu l'attrait de ses recherches scientifiques pour occuper son esprit, des amitiés sûres et constantes pour consoler son cœur, la vie ne lui aurait pas semblé supportable.

Il a regardé s'approcher la mort sans émoi ; il s'est alité avec le sentiment du lutteur depuis longtemps envahi par la lassitude qui sent que le moment du repos est enfin venu. Cette sensation de délivrance a été chez Brennan si profonde que le premier, avant ses parents et ses amis réunis à son chevet, avant la foule immense venue à ses funérailles, il a murmuré dans son âme de profond catholique son *libera me Domine*. Qu'il repose en paix ; dans le silence profond de la tombe, le cœur ne souffre plus.

Brennan est mort à quarante-deux ans ; il laisse trois fils, dont l'aîné à onze ans, et deux filles.

E.-P. BENOIT.

MEMOIRES

PARMI LES TOMBES (1)

Par le Docteur COYTEUX-PREVOST,
Médecin de l'hôpital Saint-Luc, Ottawa.

En recevant de votre Société l'aimable invitation de venir lecturer devant elle, je me suis senti pénétré d'un vif sentiment d'orgueil à la pensée de me voir ainsi choisi parmi tant d'autres, certes bien plus dignes que moi de cet honneur. Dans un élan de gratitude et de fierté, la première idée qui a surgi dans mon cerveau fût de répondre à votre appel par un véritable chef-d'œuvre de littérature; mais, heureusement je me suis ravisé. Je connais ceux qui composent la Société médicale de Montréal, me suis-je dit, ce sont des travailleurs, des hommes sérieux. Ils ne tiennent nullement à ce que l'on prodigue purement des caresses à leur tympan, c'est un aliment substantiel pour l'intelligence qu'ils désirent pardessus tout; ce sont des faits et non pas des mots qu'ils réclament.

Alors, offrons-leur le récit des cures éclatantes que nous avons opérées par le traitement habile que nous avons mis en œuvre; les résultats merveilleux obtenus au moyen de notre incomparable thérapeutique; établissons notre incontestable supériorité par le dépolement de statistiques éblouissantes.

Mais, un tel sujet serait de la plus désespérante banalité! ces choses-là, on les lit tous les jours un peu partout.

Puis, quel profit retireraient, de l'énumération plus ou moins fastidieuse de ces succès personnels, mes auditeurs familiarisés depuis longtemps avec ces résultats ordinaires qui couronnent, dans la majorité des cas, les efforts de ceux qui font de la chirurgie? L'avantage évidemment serait pour moi seul, tendant à prouver que je suis un grand homme. Mais cela, qui en doute?... tout le monde le sait!... Alors, à quoi bon?...

Non, j'ai cru infiniment plus utile de vous parler de mes désastres. Il faut du courage, je le sais bien, pour oser ainsi faire l'aveu public de ses fautes. Mais, nous sommes en fa-

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 22 mars 1904.

mille, mes amis, et je suis aussi sûr de votre discrétion que de votre indulgence. C'est donc, sans la moindre appréhension, que je vous invite à m'accompagner dans le royaume des morts où reposent à jamais quelques-uns de ceux qui, ayant cru devoir confier leur santé et leur existence entre mes mains, ont néanmoins succombé, victimes de la chirurgie ou du chirurgien.

Certes, nous avons droit de nous enorgueillir des progrès immenses réalisés dans les sciences médicales durant les vingt-cinq dernières années qui viennent de s'écouler. Le bistouri du chirurgien, surtout, rend tous les jours à la vie des milliers d'êtres humains que la mort touchait déjà de son aile, et, si les hommes du milieu du siècle dernier se trouvaient subitement transportés dans nos somptueux amphithéâtres, ils seraient émerveillés à la vue des audaces que se permet aujourd'hui la chirurgie contemporaine.

Mais, ces brillants résultats, que nul ne saurait désavouer, n'ont pas été obtenus sans peine, et ce resplendissant tableau cache un revers où gisent bien des échecs et bien des regrets!... Que voulez-vous?... La chose est inévitable; c'est toujours l'éternelle antithèse qui préside aux destinées des hommes et des choses ici-bas; c'est par la foudre que l'atmosphère retrouve sa pureté; le malheur et les larmes rendent à l'âme la sérénité qu'elle avait perdue; la paix naît de la guerre et la vie germe dans la mort.

Nos échecs sont bien déplorables, j'en conviens, et laissent dans notre mémoire de pénibles souvenirs que le temps ne parvient pas toujours à effacer. Mais, en fin de compte, c'est le reste de l'humanité qui profitera des tortures morales du chirurgien, rendu plus prudent par l'épreuve et assagi par l'expérience. La révolution subie par la chirurgie, depuis un quart de siècle, a rendu inévitable la nécessité redoutable de la léthalité dans les grandes opérations abdominales, mais de ce mal relatif devra naître le bien; quel incendie à éteindre n'exige la part du feu?

* * *

Je ne veux pas prolonger ce préambule: j'aurais l'air de vous offrir par anticipation une pièce justificative. Pénétrons plutôt sans tarder dans ce cimetière, où j'ai bien souvent promené seul mes regrets et mes soupirs! . . .

I. — Ici, à gauche en entrant, repose, seul, le corps d'une pauvre femme âgée de 38 ans qui succomba une semaine après une simple myomectomie. Petit fibrome situé sur le côté droit de l'utérus. Laparotomie; enucléation facile; fermeture de l'abdomen. Puis, septicémie; mort le treizième jour. Autopsie: L'utérus est entouré par une collection de pus épais, de couleur rosée. A peine trace d'inflammation du côté du péritoine.

Pourquoi cette terminaison fatale à la suite d'une opération si simple? J'en ai pratiqué bien d'autres myomectomies depuis, quelques-unes même sur des utérus gravides; tout s'est passé le plus naturellement du monde, sans interruption du cours de la grossesse. Oui mais, à cette époque, je faisais mes premières armes dans la chirurgie abdominale. J'opérais dans un milieu où tout était à faire. Seul à la tête d'un service chirurgical composé d'un personnel inexpérimenté, j'étais forcé de tout surveiller moi-même: assistance, ligatures, pièces de pansement. Il n'est pas étonnant que quelques streptococques aient profité de ces conditions pour s'insinuer furtivement dans le champ opératoire et y semer l'infection et la mort. A mesure que les circonstances dans lesquelles je me suis trouvé placé sont devenues plus favorables, ce genre d'accidents a de plus en plus perdu de sa fréquence, et aujourd'hui, une infection septique post-opératoire dans ma pratique, soit hospitalière soit privée, est tout un événement qui ne se rencontre qu'à de très-longes intervalles.

Cependant, quoique l'on fasse, et malgré toutes nos précautions, dans mon humble opinion, nous ne serons jamais absolument à l'abri de ces complications si redoutables qui, à elles seules, sont presque exclusivement responsables de la mortalité qui suit les interventions dans la cavité abdominale. Une

opération métaphysiquement aseptique est un mythe, et l'ouverture de l'abdomen, quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'effectue, doit toujours être considérée de la part du chirurgien comme un défi auquel l'organisme du malade est chaque fois susceptible de répondre par un désastre. Il ne saurait en être autrement. Mettant de côté les fautes de technique, les erreurs grossières contre les règles élémentaires de l'antisepsie, où alors le chirurgien reçoit le juste châtiment que sa négligence et son impéritie méritent, dans le cours d'une laparotomie même la plus régulièrement conduite, il existera toujours quelques issues qui échappent entièrement à notre contrôle et par où pénétreront des germes pathogènes. Jamais on ne referme un ventre laparotomisé sans que l'on y renferme un plus ou moins grand nombre de microbes qui, s'ils se trouvent dans des conditions favorables à leur développement, nous ménagent de bien désagréables surprises.

C'est une profonde erreur de croire que les mille précautions dont nous nous entourons, avant et pendant l'opération nous protègent entièrement contre l'accès de ces germes mal-faisants. Outre la souillure fortuite — toujours possible — qui aurait pu contaminer, à notre insu, une pièce de pansement, une ligature, un instrument, sommes-nous bien sûrs, par exemple, de l'asepsie parfaite des mains de l'opérateur et des assistants? Vous connaissez les expériences de Turbringer et d'autres à ce sujet, et vous savez combien il est difficile d'obtenir la pureté chirurgicale absolue des mains du chirurgien et du ventre de l'opérée.

Puis, l'air ambiant, est-il toujours inoffensif? Dans le début de l'ère antiseptique, Lister n'opérait jamais que dans un nuage de pulvérisations phéniquées afin de se prémunir contre les micro-organismes contenus dans l'atmosphère. Il a depuis, il est vrai, abandonné cette pratique et il a peut-être raison. Cependant, laissez filtrer dans une chambre quelconque, un rayon de soleil et vous constaterez aisément que nous respirons, vivons et opérons littéralement dans un bain de poussières dont chaque atôme est le véhicule de myriades de germes plus ou moins pathogènes qui pénétreront sans entraves dans l'abdomen grand'ouvert de l'opérée.

La bouche même de l'opérateur peut dans certains cas jouer un rôle important dans l'introduction des agents infectieux dans la cavité abdominale. Vous vous rappelez la série d'expériences entreprises par Hubener à la Clinique de Mikulicz? Sur une table qui devait figurer la table d'opération, il disposait en forme de croix quatre boîtes de Pétri. L'auteur, placé à 50 centimètres environ de la boîte la plus rapprochée, a parlé, tantôt à voix basse, tantôt à voix ordinaire. Ces expériences ont montré que dans tous les cas et surtout quand on parlait à haute voix, des cultures se développaient dans les boîtes de Pétri et que ces cultures étaient particulièrement abondantes dans les boîtes les plus rapprochées de la bouche.

Ces considérations démontrent que, quels que soient les moyens aseptiques ou antiseptiques auxquels ont ait recours, des germes s'insinueront infailliblement dans la cavité abdominale ouverte et, si la contamination produite par leur présence n'est pas dans tous les cas suivie d'accidents, c'est que leur action est paralysée par les moyens de défense de l'organisme, pourvu que celui-ci jouisse de son intégrité normale et que le nombre et la virulence de ces micro-organismes ne soient pas exagérés.

De là la nécessité impérieuse d'examiner et d'assurer les conditions de résistance de l'opéré pour lui permettre de sortir victorieux de la lutte qu'il aura à subir. De là, aussi, les appréhensions que fait toujours naître une opération pratiquée chez un malade dont l'état moral ou physique laisse plus ou moins à désirer, toutes choses égales d'ailleurs.

Malheureusement, chez certains sujets, les apparences sont bien trompeuses et des accidents septiques font quelquefois périr des opérés, offrant avant l'opération un état de santé en apparence des plus favorables, mais chez qui existait dans les rouages de l'organisme, un défaut de résistance impossible à prévoir.

C'est dans ce même ordre d'idées que j'explique la fièvre traumatique qui suit invariablement toute opération grave, sans qu'il soit nécessaire de recourir, comme le veulent certains auteurs, à l'hypothèse d'une absorption de principes

fibrogènes, etc. Je crois plutôt que dans les premiers jours qui suivent l'opération, l'organisme momentanément sidéré par le traumatisme chirurgical, devient la proie des germes introduits ou même préexistants dans l'intimité de ses tissus, traduisant sa souffrance par une élévation de température. Seulement, la lutte tourne bientôt à son avantage, les germes sont mis hors de combat; la fièvre disparaît et tout rentre dans l'ordre. En d'autres termes, c'est une infection autochtone, un commencement de septicémie que les moyens de défense dont est physiologiquement armé le corps humain font avorter.

* * *

II. — Vous est-il déjà arrivé de perdre une opérée à la suite d'hémorragie secondaire? Les deux tombes que voici réveillent sous ce rapport dans ma mémoire de bien cuisants souvenirs!

J'ai lu souvent le récit d'opérés ayant succombé à une hémorragie causée par le glissement d'une ligature. La possibilité d'un accident de ce genre me faisait sourire. Comment une telle bévue pouvait-elle être commise? Ce n'est certes pas à moi que pareille chose arriverait jamais! Pour me servir du langage du petit catéchisme: je présumais de moi et je me préférais aux autres. L'expérience ménageait à mon orgueil un bien cruel châtement! Dans le mois de février 1899, j'opérais une jeune femme de trente ans; simplement l'ablation bilatérale des annexes. Ligature des pédicules au catgut, soigneusement appliquées. Peu de temps après le réveil anesthésique, l'opérée présenta tous les signes d'une hémorragie interne: face pâle, exsangue; pouls fréquent, filiforme. Malheureusement, certaines circonstances ne me permirent de me rendre auprès de la malade que plusieurs heures après le début des accidents. Je la conduisis rapidement sur la table d'opération, je fis sauter les sutures; l'abdomen était rempli de sang et les deux ovariennes, toutes les deux, veuves de leurs ligatures, saignaient abondamment. Je les liai de nouveau, très fortement cette fois, ai-je besoin de le dire? Je mis tout en œuvre pour ranimer la malade: infusion saline, injections

sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée; bandages autour des membres et le reste, rien n'y fit; elle mourut dans la nuit. Pauvre femme! Pourtant, j'avais, je vous l'assure, apporté le plus grand soin en pratiquant l'hémostase. Vous m'accorderez, je l'espère, assez d'expérience et d'intelligence pour connaître à fond tous les détails techniques en pareille matière; alors, quelle garantie ai-je contre la récurrence d'un pareil accident dans l'avenir?

L'an dernier, je fixais un rein droit mobile chez une femme de quarante ans. Elle repose à côté de celle dont je viens de vous rapporter l'histoire. Comme cette malade souffrait aussi de pelvi-péritonite, j'ouvris dans la même séance l'abdomen et détachai de nombreuses adhérences. Au réveil de l'anesthésie, tout allait bien et, à l'exception de quelques douleurs épigastriques immédiatement soulagées par l'application d'un sinapisme, l'après-midi se passa dans un calme parfait. Vers 8 heures du soir, le pouls devint subitement imperceptible. La malade se plaignait d'une vive douleur dans le membre inférieur droit. Bientôt la face pâlit; soif ardente; agitation accompagnée de délire. Tous les efforts que nous fîmes pour conjurer ces symptômes demeurèrent stériles; vers la fin de la soirée, elle rendit le dernier soupir.

Vous me demanderez peut-être pourquoi, dans ce cas-ci, je ne me suis pas empressé de rouvrir l'abdomen? Purement parce que je n'étais pas entièrement convaincu qu'il existât quelque part une hémorragie interne. Et si cette hémorragie existait, siégeait-elle dans le rein ou bien dans l'abdomen? D'ailleurs, je vous avouerai, sans que je puisse exactement définir ce que je veux dire, que l'habitude extérieure de mon opérée ne ressemblait pas absolument à celui que l'on observe ordinairement chez une malade en proie à une hémorragie. N'était-ce pas plutôt du choc opératoire? J'hésitais. Pris dans cette alternative, vous concevez combien est embarrassante la position du chirurgien. Si les symptômes sont attribués à l'hémorragie alors qu'ils sont dus au choc opératoire, la réouverture de l'abdomen sera sûrement suivie d'une terminaison fatale. Si, d'un autre côté, en présence d'une hémorr-

hagie que vous n'éprenez pour le choc opératoire, vous croyez devoir recourir au moyen héroïque et si efficace de la transfusion, vous tuerez la malade dont les artères sont ouvertes. Malgré la description du diagnostic différentiel de ces deux complications que nous lisons un peu partout, je vous affirme moi, que, dans certains cas, la situation du chirurgien est des plus perplexes, et le plus sage à mon avis, est de se retrancher dans une abstention, pénible il est vrai, mais qui a, au moins, le mérite de nous épargner le regret d'avoir contribué à la catastrophe.

* * *

III. — Continuons toujours notre lugubre promenade dans l'empire des morts.

Ci-gisent les victimes de *l'hystérectomie vaginale et abdominale*; onze cercueils!

Vous voudriez bien, j'imagine, que je vous dise le total des hystérectomies que j'ai pratiquées, afin de connaître le pourcentage de ma léthalité? Je me garderai bien de me rendre à votre désir; les lois qui ont l'honneur de me régir accordent à tout sujet britannique le privilège de ne jamais s'incriminer. Il sera d'ailleurs bien plus intéressant pour vous d'ouvrir avec moi quelques-uns de ces tombeaux, pour prendre connaissance des circonstances qui ont fermé à jamais les yeux des trépassées qu'ils renferment.

Voyez-vous ce tertre, conservant encore les vestiges desséchés des fleurs pieusement déposées par la main de son vieux père? Il recouvre le corps d'une jeune fille de 26 ans, opérée pour un fibrome de l'utérus. Hystérectomie abdominale subtotale. Opération rapide et régulière, n'offrant pas la moindre difficulté. Excellente santé antérieure. Morte le sixième jour, de septicémie, dont la cause est toujours restée absolument inconnue. C'est un de ces cas où tout faisait prévoir une convalescence sans entraves et où la fatalité est venue brutalement ravir toutes nos espérances.

Pauvre enfant! Qu'elle repose en paix!

Voici maintenant une autre victime de l'intoxication septique. Cette mort est un éclatant exemple de la justesse des considérations que je vous offrais tout à l'heure, sur l'importance de l'intégrité relative de l'organisme chez une malade qui doit subir une opération grave. Cette femme, âgée de 42 ans, s'est présentée à l'hôpital, pour se faire débarrasser d'une large tumeur fibreuse de l'utérus. Des hémorrhagies successives l'avaient profondément anémiée; la face était pâle; l'examen hématologique indiquait deux millions et demie d'hématies et 25% d'hémoglobine.

Je refusai d'opérer avant que son état général fût devenu plus satisfaisant. Après plusieurs semaines d'un régime fortifiant, aidé d'un traitement reconstituant, jugeant les circonstances favorables malgré une anémie encore très accusée, je pratiquai l'hystérectomie abdominale. Dès le lendemain de l'opération, le pouls devint fréquent, misérable; la température s'éleva graduellement pour atteindre 105° le quatrième jour, et la malade s'éteignit, après avoir présenté tous les signes de la plus profonde intoxication septique.

Morale: — Chez les malades offrant une anémie telle, que l'on serait presque tenté de lui attribuer un caractère pernicieux, quelle que soit l'apparence bénigne des symptômes subjectifs, refusez toute opération majeure sous peine de courir à un désastre.

— Je vous présente ici un groupe composé de trois hystérectomisées qui, toutes les trois, ont choisi la même porte pour passer de vie à trépas. Toutes les trois ont également guéri de leur opération et, subitement, sans crier gare, elles ont été emportées par une embolie.

Voici en deux mots leur histoire:

No 1. — Catherine B. . . 49 ans. Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Opération facile, sans la moindre complication. Convalescence normale. Le neuvième jour, vers trois heures de l'après-midi, elle devint subitement très pâle, paraissant menacée de syncope. Le pouls était fort, régulier, mais la respiration gênée, laborieuse. Elle se plaignit de vives douleurs sous-sternales, et vingt minutes à peine après le début de ces symptômes, elle cessa de respirer.

No 2. — Miss Scott. Je la nomme, parce que ce nom rappellera peut-être à quelques-uns d'entre vous un souvenir homonyme qui est loin d'être empreint de tristesse. Miss Scott, 40 ans. Hystérectomie pour fibrome. Tout se passa naturellement jusqu'au treizième jour alors qu'elle fût prise d'une violente céphalalgie. Le lendemain, profonde stupeur; hémiplégie du côté droit, déviation conjuguée des yeux; selles involontaires. Ces symptômes persistèrent une couple de jours et se terminèrent finalement par la mort.

No 3. — Madame W... 44 ans. Fibrome. Hystérectomie abdominale. Le 26ème jour, apparition d'une phlegmasia alba dolens du côté gauche. Cette complication suivit son cours ordinaire quand, au bout d'une couple de semaines, survinrent des troubles gastriques accompagnés d'urticaire. Des vomissements presque incoercibles tourmentèrent la malade pendant plusieurs jours. Après s'être calmés momentanément, ces vomissements reparurent avec plus d'intensité que jamais et résistèrent à tous les anti-émétiques imaginables. Finalement, le lavage de l'estomac apporta un soulagement considérable. Un matin, pendant que le lavage était pratiqué comme les jours précédents, la malade se rejeta subitement en arrière et, au bout de quelques secondes, elle était morte.

Est-ce bien une embolie ici qui a causé la mort? La phlébite préexistante rend cette supposition plus que plausible. Cependant, ne pourrions-nous pas incriminer le lavage de l'estomac? Par quel mécanisme? je l'ignore, mais nous trouvons des faits de ce genre cités par quelques auteurs. Ainsi, Roux affirme avoir vu plusieurs fois des patients, atteints d'iléus, succomber immédiatement après un lavage d'estomac, sans qu'il y eût un accident quelconque.

Il me semble que j'ai été, moi, témoin plus souvent qu'à mon tour, d'accidents emboliques post-opératoires. Ainsi, encore j'avais enlevé un jour un carcinôme de la mamelle chez une vieille femme âgée de 68 ans. Elle demeura plusieurs semaines dans mon service et se préparait finalement à le quitter, quand, en s'éveillant un matin, elle fut subitement prise de suffocation, de raideur convulsive des membres, et mourut

presque aussitôt sans que rien du côté du cœur pût faire supposer que la mort fût d'origine cardiaque.

L'embolie est la conséquence d'une thrombose, vous le savez tous. Or, la thrombose, suivie ou non d'embolie, est plus commune qu'on ne pense à la suite des opérations chirurgicales, sur tout celles qui sont pratiquées dans la cavité pelvienne.

C'est parfois une simple phlébite aseptique, évoluant sans fièvre, et due à une altération quelconque dans la composition du sang. La moindre cause aidant, les coagulations intra-vasculaires deviennent alors très-faciles. La dilatation des veines, comme par exemple dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, l'éraillage des parois des vaisseaux sanguins durant les manœuvres qu'emploie le chirurgien pour énucléer la tumeur, la ligature, la piqûre des paquets vasculaires par l'aiguille, toutes ces lésions traumatiques sont susceptibles d'agir comme cause provocatrice de la thrombose. Mais, dans la grande majorité des cas, c'est l'infection qui est le plus puissant facteur des coagulations vasculaires. Malgré toutes les précautions prises, comme je l'ai déjà dit, l'asepsie ne saurait être parfaite. Un fil peut s'infecter; l'infection peut venir du voisinage, de l'intestin, par exemple. Or, qu'une veine soit tirillée, lésée, éraillée, aussitôt elle se trouve en état d'infériorité au point de vue de l'envahissement des agents pathogènes; l'infection, quoique réduite au minimum, peut néanmoins aboutir à la formation d'un thrombus.

Qu'une partie du caillot se détache et soit entraîné par le courant circulatoire, il ira se loger dans une bifurcation de l'artère pulmonaire et produira la mort subite par embolie. Mais, dans l'absence de cette complication, la thrombose peut néanmoins exister et constituer une menace perpétuelle de ce redoutable accident.

Possédons-nous quelques moyens qui nous permettent de reconnaître ou de soupçonner ces thromboses cachées? Michel, chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Nancy, indique, comme symptôme important, la fréquence graduellement ascendante du pouls pendant la convalescence qui suit l'opération, alors que la température demeure nor-

male ou à peu près. Wyder partage cette opinion et dit que, lorsqu'on observe une augmentation du pouls après les premiers jours de l'opération, alors que les dangers d'infection sont déjà à l'arrière-plan, sans élévation de température, pendant un bien-être relatif ou complet, en un mot sans cause appréciable, l'attention du médecin doit être attirée sur ce symptôme qui plaide pour une thrombose cachée ou manifeste.

Mon expérience personnelle, sur ce sujet, diffère de celle des auteurs que je viens de citer et, dans aucun des quatre cas d'embolie que j'ai rencontrés, je n'ai constaté cette allure caractéristique du pouls. Néanmoins, j'ai voulu porter à votre connaissance les prétentions de ces observateurs afin que s'il vous était donné d'observer cette fréquence du pouls chez des malades où les conditions dont j'ai parlé plus haut existent, vous prissiez des précautions qui dégageraient d'autant votre responsabilité de chirurgien.

— Vous voyez ici dans un coin, toujours dans le même enclos, quatre tombes portant la même inscription : "Hystérectomies vaginales." Toutes les quatre ont été opérées pour cancer de l'utérus. Trois sont mortes de septicémie entre le troisième et le sixième jour. Chez la quatrième, il est survenu un accident opératoire dont je vous demanderai la permission de vous dire un mot. Les tissus peri-cervicaux étaient infiltrés, sclérosés. Malgré tout le soin que j'apportai à pratiquer le détachement du col, dans le premier temps de l'opération, je blessai malheureusement la vessie à laquelle je fis une entaille telle, que je dus, séance tenante, abandonner la voie vaginale, ouvrir l'abdomen et aller réparer à ciel ouvert les torts dont je m'étais rendu coupable. Tout se passa à merveille durant les deux premiers jours qui suivirent l'opération ; mes sutures vésicales tinrent bon ainsi que le démontra la quantité d'urine recueillie par un catheter que j'avais laissé à demeure. Mais, le soir du troisième jour, la température s'éleva, le pouls augmenta de fréquence et la malade mourut dans la soirée, avec tous les symptômes d'une violente septicémie.

Or, à la même époque, il passa sur presque toutes les salles

de l'hôpital, un véritable orage d'infection, causé par un cas de septicémie puerpérale venu de la maternité et admis par erreur chez nous. Deux autres malades moururent dans la même semaine de septicémie à la suite d'opérations insignifiantes, une, après une simple amputation du col, et une autre, trois jours après une hystéropexie pratiquée par mon assistant. Ce dernier, quelques jours plus tard, portait l'infection en ville chez une de ses accouchées qui faillit en mourir.

Est-ce cette infection fortuite qui détermina la mort de ma malade, ou bien, cette dernière aurait-elle été contaminée durant l'opération nécessairement longue que je lui avais pratiquée dans des conditions d'asepsie qui laissent peut-être à désirer? . . . Je compte sur votre indulgence pour opiner dans le sens de ma première supposition.

Dans tous les cas, je profite de cette occasion pour vous déclarer que j'ai bien perdu de l'enthousiasme dont j'étais autrefois animé à l'endroit de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale! Décernez-moi, si vous voulez, un brevet d'ingratitude, pour délaissier ainsi mes prédilections d'antan et brûler ce que j'adorais jadis, je n'en demeure pas moins inébranlable dans la ferme conviction que, dans la majorité des cas d'exérèse utérine, on peut toujours faire aussi vite et mieux, en choisissant le champ de bataille au-dessus du mont de Vénus.

Mes croyances, à cet égard, ont subi la même évolution que celles de mon excellent ami le Professeur Segond qui, venu chez les Américains avec l'espoir de leur faire partager les idées qu'il entretenait sur la supériorité de l'hystérectomie vaginale, est retourné en France, absolument converti à l'opinion américaine. Depuis cette époque, les partisans de l'ablation de l'utérus par le vagin ont tous plus ou moins rengainé les arguments qu'ils opposaient autrefois à ceux qui préféraient la voie abdominale, tels que: mortalité moindre de l'hystérectomie vaginale, avantage de ne pas ouvrir la cavité abdominale et surtout, l'absence de cicatrice disgracieuse sur la paroi de l'abdomen, persuadés enfin de l'inanité de cette dernière objection, car nos belles opérées, sûrement, ne pousseront jamais le décolletage assez loin pour alarmer leur coquetterie.

* * *

IV. — Arrêtons-nous un instant sur le bord de cette fosse solitaire, dissimulée dans l'ombre, comme si elle craignait, par son aspect, de raviver l'humiliation de celui qui l'a creusée.

Il y a quelques années, une jeune femme se présentait à mon bureau pour me consulter au sujet d'une fistule fécale située vers le milieu de l'abdomen entre l'ombilic et le pubis. Elle avait été opérée quelques semaines auparavant par un chirurgien de la ville pour une affection de la cavité pelvienne. On lui avait ouvert le ventre, mais la plaie se s'était jamais cicatrisée et, depuis quelque temps, des matières fécales s'échappaient abondamment par l'angle inférieur de l'incision.

Les sensations particulières dont elle se plaignait du côté du rectum firent diriger mon exploration dans cette région. En introduisant le doigt dans l'anus, je sentis un corps étranger, mollaſse, sur lequel j'exerçai immédiatement quelques tractions. Comme le prestidigitateur qui retire de sa bouche des aunes de ruban dont on ne soupçonnait pas la présence, je fis graduellement l'extraction d'un pouce, deux pouces, six pouces, huit pouces d'un corps étranger, mou, flexible, couvert de matières fécales. C'était une *compresse de gaze*, oubliée dans l'abdomen par le chirurgien qui avait pratiqué l'opération. J'opérai la fistule qui guérit parfaitement, et je ne pus me défendre d'un haussement d'épaule surmonté d'un sourire de pitié, en songeant à mon confrère qui s'était rendu coupable d'une pareille maladresse. Ah! bien non, ce n'est pas à moi que semblable aventure arriverait jamais! J'avais oublié que, scandalisé un jour en songeant à l'impéritie de ceux qui oubliaient de serrer suffisamment leurs ligatures, je m'étais déjà, orgueilleusement livré à des réflexions de ce genre.

Quelque temps plus tard, j'enlevais à une jeune femme un utérus renfermant un énorme fibrome. Le soir de l'opération, l'infirmière en chef m'annonça, tout effarée que, sur les douze compresses dont nous nous étions servis, elle n'en retrouvait plus que onze. Le lendemain, je fis adroitement comprendre à mon opérée qu'il fallait lui administrer de nouveau l'anesthésie, pour lui enlever certaines sutures. Je rouvris l'abdomen et retrouvai sans peine la compresse égarée.

Généralement, quand je ferme l'abdomen à la fin d'une laparotomie, je protège les anses intestinales par une compresse dont l'extrémité inférieure dépasse l'angle de l'incision et repose sur la paroi de l'abdomen. L'ayant sans cesse sous les yeux, je la retire, avant de faire les derniers points de suture. Dans ce cas-ci, à cause du volume de la tumeur, j'avais dû pratiquer une très longue incision, et la compresse, trop courte, était enfouie tout entière dans la cavité abdominale. Je menai rapidement une suture entortillée sur les bords du péritoine soulevés par mon assistant et, par la plus coupable distraction, nous avons tous les deux oublié cette serviette, plus ou moins indispensable. La "nurse" en charge était également en faute; elle aurait dû attirer notre attention sur cet accident, même si elle n'avait entendu retentir cette question que je manque rarement de poser avant la fermeture de l'abdomen: "Avez vous toutes vos compresses?"

Bref, l'opérée ne s'en porta pas plus mal et en a été quitte pour une anesthésie supplémentaire absolument inutile.

Si, au moins, j'avais guéri de ma maladresse aussi bien que ma malade de sa tumeur! Mais, pas du tout; vous allez voir.

L'an dernier, j'opérais, dans une petite ville située dans les environs d'Ottawa, une femme atteinte d'obstruction intestinale causée par des brides dues à une péritonite tuberculeuse. A domicile, surtout dans la campagne, je redoute toujours une contamination possible de la part des aides, souvent absolument inexpérimentés, que j'ai à ma disposition. Aussi, je cherche autant que possible à tout faire moi-même: l'hémestase, le maniement des ligatures, des éponges, des compresses. Vous avouerez que c'est beaucoup peut-être trop, pour un seul homme, surtout quand cet homme est un chirurgien, l'esprit tendu, absorbé par les détails d'une opération difficile et délicate.

Quelques jours après l'opération, le confrère qui m'avait appelé en consultation m'annonça par le téléphone que la malade avait de la fièvre, qu'elle se plaignait de douleur dans le côté droit de l'abdomen où il croyait sentir une masse rénitente, douloureuse. C'est un abcès qui se forme, lui répon-

dis-je; appliquez des fomentations chaudes, et incisez quand vous sentirez de la fluctuation. C'est ce qu'il fit, et l'ouverture de la collection donna issue à une large quantité de pus fétide.

Singulier abcès! pensais-je en moi-même; d'où cela peut-il venir? Deux semaines plus tard, nouveau message. L'abcès ne tarissait pas, la suppuration était toujours abondante.

Je fis alors un diagnostic renversant, — accordez-moi au moins ce mérite. Il y a certainement un corps étranger au fond de cette affaire; une compresse peut-être.

Je fis venir la malade à Ottawa. J'incisai sur la bosse que je sentis parfaitement et retirai, *une compresse*, toute pelotonnée, blottie, au milieu d'une cavité baignée d'un pus fétide, dans la région de l'appendice. Quelques jours après, la malade retournait chez elle, parfaitement guérie. Comme la plus grande magnanimité a toujours été un des côtés remarquables de mon caractère, je ne réclamai, au grand ébahissement du mari, aucun honoraire pour cette seconde et brillante opération.

Mais tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse. Femme de 40 ans; jaunisse; douleur, et tumeur mal limitée, peu volumineuse, située entre l'épigastre et la région de la vésicule biliaire. Calcul dans le cholédoque probablement. J'ouvre l'abdomen et je trouve un néoplasme cancéreux de la tête du pancréas que naturellement je laisse en place. Mais la vésicule est largement distendue par la bile, vraisemblablement infectée; je fais une cholécystotomie.

Après la fermeture de l'abdomen, la "nurse" m'annonce qu'il lui manque une compresse qu'elle pense être restée dans le ventre de l'opérée. Je refuse d'y croire et je l'assure qu'en cherchant bien, elle la retrouvera quelque part. Seulement, au bout de deux jours l'état de ma malade m'inspira des craintes telles, que je me décidai à rouvrir le ventre. Je cherchai longtemps la malheureuse compresse, dirigeant naturellement mes investigations vers la partie supérieure de l'abdomen. Je ne trouvai rien. A la fin, je plongeai la main dans la cavité du bassin et là, coiffant l'utérus, je trouvai le corps du délit, déjà

en train de contracter des adhérences avec les tissus voisins.

La malade mourut deux jours après, de septicémie. C'est elle qui repose au fond de cette fosse où je dépose bien souvent mes regrets et mon repentir.

Si je vous ai fait la relation de ces méprises, mes amis, ce n'est certainement pas, vous me croirez sans peine, dans l'intention d'en tirer vanité. Mais, l'Évangile nous l'assure, "Omnis homo mendex," tout homme se trompe, et personne, que je sache, ne peut se flatter de pouvoir toujours réussir à se soustraire à cet axiôme qui menace tous les mortels et, il pourrait bien se faire que ce fût un jour au tour de quelqu'un d'entre vous de se trouver placé dans des circonstances analogues; or, il suffit souvent de signaler un écueil pour multiplier les chances de l'éviter.

Oublier une éponge, un instrument, une pièce de pansement dans l'abdomen d'une laparotomisée, est un accident apparemment si bête, qu'il paraît inconcevable qu'il puisse survenir dans la pratique d'un chirurgien tant soit peu attentif. Pourtant, les relations de faits de ce genre fourmillent dans la littérature médicale. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns que je choisis, à dessein, parmi ceux qui tendent à montrer la somme de tolérance dont le péritoine fait preuve dans certains cas, et la sollicitude avec laquelle la nature protège quelquefois le chirurgien contre les conséquences des fautes qu'il a commises.

Un chirurgien de Syracuse est un jour appelé pour voir en consultation une femme qui, quatre mois auparavant, avait subi, dans un grand hôpital de New York, l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale. La convalescence avait suivi son cours naturel et la malade était retournée chez elle, n'emportant comme souvenir de son opération qu'une fistulette apparemment insignifiante, située sur la ligne médiane. Pendant plusieurs mois, tout se passa sans le moindre nuage, mais vers la fin de juillet, quatre mois après l'opération, elle éprouva des malaises, de la céphalalgie, quelques petits frissons et un peu d'élévation de la température le soir. Ces symptômes s'aggravèrent graduellement et furent bien-

tôt accompagnés de douleurs abdominales paroxystiques, localisées principalement dans la fosse iliaque droite où on pût constater la présence d'une tumeur molle, sensible et de la grosseur du poing. Alarmés de ces phénomènes étranges dont il était difficile de fixer la nature, les médecins ordinaires de la malade télégraphièrent à New York, pour avoir l'avis du chirurgien qui avait pratiqué l'opération; mais ce dernier était en vacances en Europe. On attendit donc; on prescrivit des applications locales d'iode, agrémentées de préparations toniques de tous genres. "Mirabile dictu!" les symptômes disparurent peu à peu et finalement, vers la fin d'août, tout rentra dans l'ordre, à l'exception de la petite fistule qui s'obstinait à demeurer béante.

Trois semaines plus tard, de nouveaux accidents firent leur apparition: vomissements incoercibles, nausées continuelles, constipation opiniâtre, douleurs abdominales situées maintenant dans la région iliaque *gauche*, en un mot, tous les signes d'une occlusion intestinale. La tumeur du côté droit avait disparu; mais il en existait une autre, offrant à peu près les mêmes caractères que la première, et occupant toute la partie inférieure gauche de l'abdomen. On décida de pratiquer le lendemain une laparotomie d'urgence; mais, pendant la nuit, la malade passa par le rectum... une large compresse, repliée plusieurs fois sur elle-même, et couverte de matières fécales. Cette compresse avait séjourné six mois dans l'abdomen et donné lieu à la série de phénomènes que j'ai énumérés; finalement, après s'être frayée par effraction un chemin dans l'intestin, elle avait été rejetée au dehors par les seuls efforts intelligents de dame nature, aidée de la Providence qui, évidemment, veillait avec la plus tendre sollicitude sur les destinées de cette malade privilégiée.

Merttens, de Dusseldorf, rapporte le cas d'une jeune femme de 28 ans qui, peu de temps après avoir été laparotomisée pour lésions suppurées des annexes, présenta des symptômes de sténose intestinale, accompagnés de coliques violentes dans la région de l'ombilic. L'examen fit découvrir à ce niveau, une tumeur cylindrique, dirigée transversalement et qui se laissait mobiliser dans tous les sens avec la plus grande facilité.

Une nouvelle laparotomie, pratiquée cinq mois après la première, permit de constater que la tumeur était constituée par un segment d'intestin grêle fortement distendu, de consistance pâteuse. En amont de la tumeur, l'intestin paraissait absolument normal; mais, au-dessous, les anses se perdaient au milieu d'une masse d'adhérences situées dans la fosse iliaque droite. Comme Merttens cherchait à détruire ces adhérences, il se fit une déchirure transversale et presque totale de l'intestin au niveau de la limite supérieure de la tumeur. On s'aperçut, alors, que celle-ci était constituée par une grande compresse de gaze, fortement tassée dans la lumière de l'intestin et imbibée de matières fécales. Extraction de la compresse; résection de toute la portion d'intestin en voie de gangrène; entéro-anastomose terminale circulaire. Guérison complète au bout d'un mois. La compresse, oubliée dans le ventre de la malade au cours de la première opération, avait dû d'abord donner lieu à un abcès péritonéal enkysté; celui-ci s'était ensuite ouvert dans une anse d'intestin dans laquelle, grâce aux mouvements péristaltiques, la compresse s'était peu à peu engagée tout entière. Puis la communication entre l'abcès péritonéal et l'intestin s'étant refermée, la compresse s'était trouvée uniquement et totalement incluse dans la cavité intestinale, occasionnant les symptômes d'obstruction qui avaient nécessité la deuxième intervention.

Chaput, dans une communication faite en 1900 à la séance du 12 décembre de la Société de Chirurgie, rapporte l'observation de la femme d'un confrère, atteinte d'une fistule pyostercorale. Cette malade avait déjà subi trois laparotomies: deux pour grossesse extra-utérine et une troisième pour hernie ventrale. C'est à la suite de cette dernière intervention qui datait de *sept ans*, que s'était produite la fistule pyostercorale pour laquelle Chaput pratiqua une quatrième laparotomie. L'ouverture de l'abdomen lui fit découvrir une volumineuse tumeur, constituée par une anse intestinale qui paraissait au premier abord être le siège d'un néoplasme. Une incision longitudinale lui permit d'extraire une compresse de vingt pouces carrés. Après avoir suturé la plaie intestinale et

fermé également l'orifice fistuleux, il termina l'opération en drainant la cavité abdominale. La malade guérit très simplement.

Enfin, en 1902, Pilate et Michaux rapportèrent deux cas analogues. Dans l'un, la compresse s'élimina par l'anus et dans le second cas, Michaux dut réséquer l'intestin à cause des altérations produites par le corps étranger.

Ces cas, Messieurs, constituent une confirmation clinique de l'exactitude des expériences intéressantes qui ont permis à M. Jalaguier et à M. Mauclairé d'étudier la migration dans l'intestin de compresses abandonnées dans le péritoine chez certains animaux.

* * *

V. — Maintenant, Messieurs, si vous le voulez bien, prenons cette allée à droite, et inclinons-nous en passant, sur la tombe de ceux deux pauvres vieilles, mortes à la suite d'opération pour *hernie ventrale*. Toutes les deux ont succombé à des accidents analogues : fistules au niveau de l'intestin grêle.

Chez la première, affligée depuis huit ans d'une énorme hernie survenue après une laparotomie, je trouvai les anses intestinales adhérentes et extrêmement fragiles. Malgré la prudence que j'apportai à détacher ces adhérences, l'intestin se déchira en plusieurs endroits. J'appliquai des sutures partout, mais, quelques jours après l'opération, des trajets fistuleux s'établirent, les matières contenues dans le petit intestin s'écoulèrent continuellement et la malade mourut d'épuisement.

Chez la seconde malade, l'opération n'avait pas été si laborieuse ; aussi, je me demande encore quelle a bien pu être la cause de la fistule intestinale, laquelle fut suivie du même désastreux résultat.

* * *

VI. — Mais, que signifient cette multitude de croix ! ces rangées de cercueils et de pierres tombales ? Sommes-nous donc dans les catacombes ou dans une nécropole égyptienne, ou plutôt, transportés déjà dans la vallée de Josaphat où l'on nous promet que le Souverain Juge viendra, au son de la

trompette, démasquer enfin les hypocrisies humaines? Non; c'est le caveau où dorment de leur dernier sommeil les malheureux qui, atteints d'*appendicite* ou d'*obstruction intestinale*, ont passé, malgré ou à cause de l'intervention, de la table d'opération au tombeau. Treize obstructions intestinales; dix appendicites; vingt-trois victimes! Je m'étais bien promis de ne pas divulguer mes statistiques mortuaires, mais je me risque, en me recommandant à votre clémence.

Sur 1000 opérations chirurgicales, j'ai eu 59 morts; disons 60 en chiffres ronds; du reste, rien ne m'assure que quelques blessés ne sont pas allés mourir ailleurs à mon insu.

Or, sur ces 60 morts, 13 ont succombé à la suite d'occlusion intestinale, c'est-à-dire, près de 22%!... Et si je mettais maintenant en regard de ce pourcentage, le chiffre total de ceux que j'ai opérés pour cette redoutable maladie, le petit nombre de ceux qui restent vous ferait frémir!

Aussi, je considère l'obstruction intestinale aiguë comme le plus formidable accident que le chirurgien puisse rencontrer sur son chemin et les résultats de l'intervention par le bistouri dans les cas de ce genre constituent entre les mains de tous un véritable opprobre pour la chirurgie. Pourquoi?... Parce que, quelle que soit la cause qui produise l'obstruction, l'opération est toujours pratiquée trop tard. Il est vraiment étonnant de constater parfois l'étendue et la gravité des dégâts que nous rencontrons déjà à l'ouverture de l'abdomen, malgré la bénignité relative des symptômes subjectifs par le malade, et il m'est arrivé plusieurs fois de trouver l'intestin perforé et une quantité considérable de matières fécales épanchées dans la cavité abdominale, chez des opérés qui paraissaient, avant l'opération, dans des conditions générales comparativement satisfaisantes.

Aussi, s'il m'était permis de vous donner un avis, je vous dirais: dans toute obstruction intestinale aiguë, ne vous attardez jamais dans l'espérance illusoire d'une débâcle spontanée ou dans la recherche d'un diagnostic étiologique que vous ferez bien plus sûrement quand vous aurez les lésions sous les yeux; mais ouvrez de suite l'abdomen; quatre jours, trois

jours après le début des accidents, rengainez votre couteau ou bien attendez-vous à un échec.

Ici, nous sommes en pays de connaissance; c'est la partie du caveau réservée à ceux qui sont morts à la suite d'*appendectomie*. Il y en a dix. C'est beaucoup peut-être, mais relativement peu, si l'on prend en considération le nombre considérable d'appendicites que j'ai opérées.

Voyons un peu dans quelles circonstances ces malades sont morts:

No 1. — Jeune fille de 16 ans, opérée à la campagne au 7ème jour de la maladie. Profonde intoxication. Température: 104. Abscess peri-appendiculaire. Appendice enlevé. Drainage à la gaze iodoformée. Morte deux jours après l'opération.

No 2. — Petite fille de 9 ans. Début fulgurant. Opérée le deuxième jour. Péritonite purulente diffuse; du pus partout. Résection de l'appendice gangrené. Drainage. Morte au bout de quatre jours.

No 3. — Jeune homme de 15 ans. Je le vis en consultation au quatrième jour de la maladie et conseillai fortement l'opération qui fut refusée. Après quelques jours d'accalmie, les symptômes reprirent leur intensité et je fus appelé pour opérer. La maladie avait atteint le septième jour; je trouvai le malade en pleine péritonite. Appendectomie. L'abdomen était rempli de pus que je vis soudre à travers toutes les anses intestinales. Mort dans les vingt-quatre heures.

No 4. — Homme de 24 ans, amené à l'hôpital deux jours après le début d'une appendicite qui avait pris de suite les allures d'une péritonite généralisée. L'abdomen était énormément distendu. Je trouvai une perforation du coecum, tout près de la valvule de Gerlach. Les anses intestinales étaient agglutinées par de la lymphe, mais pas de collection purulente. Je fermai la perforation par une suture sero-séreuse, et crus ne pas devoir aller à la recherche de l'appendice. J'introduisis des bandes de gaze iodoformée. Le malade mourut au bout de quelques heures.

No 5. — Homme de 37 ans. Refuse l'opération dans les

premiers jours. La réclame le quatorzième jour. Absès occupant toute la fosse iliaque. Evacuation du pus, drainage. Appendice laissé en place. Va de mal en pis et meurt au bout de plusieurs jours, de pyémie.

No 6. — Homme âgé de 40 ans. Même histoire. Refuse l'opération au début. Opéré le dixième jour. Appendice gangrené. Abdomen rempli de pus. Meurt douze jours après l'opération, de pyémie accompagnée de la courbe thermométrique intermittente caractéristique.

No 7. — Homme de 37 ans. Début brusque par une vive douleur dans la fosse iliaque. Un médecin consulté crut à une simple indigestion et prescrivit un purgatif. Les symptômes s'aggravèrent et il entra à l'hôpital, où il fut opéré le quatrième jour. Appendice gangrené et perforé. Pas de pus. Résection de l'appendice; drainage. Mort, trois jours après, de péritonite septique.

No 8. — Dentiste âgé de 29 ans. Entre à l'hôpital quatre jours après le début de sa maladie. Appendectomie. Appendice gangrené. Collection purulente dans le bassin. Drainage. Mort le troisième jour, de septicémie.

No 9. — Homme de 40 ans. Entre à l'hôpital et est opéré le troisième jour. Appendice gangrené. Pas de pus. Résection de l'appendice et fermeture de l'abdomen sans drainage. Tout va bien pendant quelques jours, mais bientôt, la marche de la température me fait soupçonner une rétention du pus quelque part. Je désunis la plaie, et l'examen de la cavité abdominale demeure entièrement négatif. Les symptômes s'aggravent. Tous les soirs, la température s'élève à 105, précédée d'un frisson intense. Seize mille leucocytes à l'examen hématologique. Mort le vingt-unième jour. A l'autopsie, nous ne trouvâmes rien de remarquable dans la fosse iliaque, la région pericœcale apparut à l'état normal. Après bien des recherches, on découvrit un large abcès métastatique entre les feuillets du mésentère de l'intestin grêle, à la partie supérieure de la cavité abdominale. La poche contenait une large quantité de pus verdâtre et fétide et paraissait close de toute part, n'offrant aucune communication avec la région de l'appendice.

No 10. — J'ai gardé pour la dernière, mes amis, l'histoire de cette petite tombe d'enfant, toute humide encore des larmes de la pauvre mère. Je l'aimais moi-même tendrement ce charmant petit homme de 12 ans. Aussi, ce fut avec une véritable angoisse, qu'appelé un jour pour lui donner mes soins, je constatai qu'il était atteint d'appendicite aiguë.

Je m'empresse de vous déclarer, Messieurs, que je me suis rangé, depuis longtemps, au nombre des chirurgiens qui sont intimement convaincus que l'appendicite doit être considérée comme une affection essentiellement du ressort de la chirurgie et que, par conséquent, *dans presque tous les cas, on doit avoir recours à l'opération, pourvu que l'on soit appelé dès les premiers jours de la maladie.* Je sais bien qu'un grand nombre d'appendicites peuvent se terminer spontanément par la guérison et avec le seul secours d'un traitement médical, mais, à quels signes reconnaître au début les cas qui devront suivre cette marche favorable? Les cas qui devront demeurer bénins et ceux qui doivent aboutir à une péritonite mortelle débutent souvent avec les mêmes allures. Si vous vous retranchez derrière une expectation armée et que vous attendiez témérairement la lutte, je vous plains: l'avenir vous ménagera de bien douloureuses surprises! Cherchez plutôt votre salut dans la fuite, enlevez sans tarder pendant qu'il en est temps le corps du délit, refusez le combat; c'est plus lâche peut-être mais plus sûr, croyez-moi.

Cependant, ce simple mot " d'opération " retentit toujours d'une manière formidable aux oreilles du malade et de son entourage, et le chirurgien est toujours inondé de torrents de remerciements et de reconnaissance, quand il déclare que l'opération n'est pas nécessaire.

Je connaissais, à ce sujet, les sentiments de terreur qui animaient mon petit malade ainsi que ses parents; la maladie, d'ailleurs, s'annonçait avec des symptômes mitigés: peu de fièvre, douleurs modérées, état général satisfaisant. Bref, je résolus de risquer l'expectation: pour une fois, je n'aurais sûrement pas lieu de m'en repentir.

Pendant toute une semaine, les choses allèrent à merveille

et je me félicitais d'avoir pu me rendre si agréable à toute la famille, quand, le soir du huitième jour, j'appris par le téléphone que la température marquait 103; que le petit malade vomissait et était en proie à la plus grande détresse. J'accourus et me trouvai en présence de tous les symptômes d'une péritonite généralisée! Le malade fût transporté à l'hôpital et l'opération pratiquée le plus tôt possible. Toute la cavité abdominale était remplie de pus fétide. L'appendice, ni gangrené, ni perforé, était adhérent du côté du bassin. Résection et drainage. Mort au bout de quelques heures.

Cette amère leçon, mes amis, ne sortira jamais de ma mémoire. Que les interventionnistes et les non-interventionnistes continuent, s'ils le veulent, à chercher la solution de leur éternel problème; qu'ils amassent, de part et d'autres, les arguments les plus ingénieux à l'appui de leur opinion respective, quant à moi, je ne fais plus partie de la lutte et, *toutes les fois que je rencontrerai une appendicite n'ayant pas encore franchi la fin du troisième jour, je proposerai l'opération, quelle que soit la fermeté de mon diagnostic, car, même si ce dernier est encore hésitant, j'aurai, en opérant, tout à gagner et rien à perdre.*

— Maintenant, Messieurs, quelle influence a pu avoir l'opération sur la mortalité des cas que je viens de relater?

C'est difficile à dire. Cependant, vous me permettrez bien de croire que ces malades ont simplement continué à mourir, malgré l'opération qu'ils ont subie et, si on avait permis à la maladie de suivre son cours, le résultat final eût été le même. Et combien de ces malades seraient peut-être encore vivants si, au lieu de recourir à l'intervention chirurgicale alors que l'organisme était saturé de produits septiques, l'appendice avait été enlevé dès l'apparition des premiers symptômes!

D'où vient, je vous le demande, tous ces cas d'appendicite? Cette maladie est-elle simplement ce qu'on appelait jadis: pérityphlité, inflammation d'intestin, péritonite? Je ne le crois pas. Le nombre en est vraiment prodigieux et semble s'accroître de jour en jour.

Puisque nous ne sommes pas responsables des fléaux qui affligent l'humanité, je me risque à exprimer l'espérance que

cette maladie n'est pas de sitôt destinée à disparaître. Elle suffit presque à elle seule à faire vivre le médecin! Puis, guidés par l'expérience, nous pourrions peut-être bientôt nous flatter d'avoir réduit à néant, dans le traitement chirurgical de l'appendicite, la mortalité de nos statistiques opératoires. Ce sera, alors, l'âge d'or de la chirurgie abdominale! Malheureusement, tous les médecins, autorisés ou non et protégés par l'antisepsie, sinon par leurs connaissances chirurgicales, voudront y aller de leur petit coup de couteau et nous, pauvres gynécologues spécialistes, victimes de l'application injuste d'une sorte de doctrine de Munro et chassés d'une partie d'un territoire que nous réclamons par droit de conquête, nous nous verrons relégués dans nos derniers retranchements, n'ayant pour toute consolation que notre expérience méconnue. Heureusement qu'il restera toujours, pour apaiser notre soi, *quelques femmes fatiguées de leurs ovaires ou soupirant après la restitution des dimensions virginales de leurs organes relâchés.*

* * *

Mes chers amis, je termine ici cette excursion macabre dans laquelle vous avez eu l'obligeance de m'accompagner. C'est avec un sentiment de véritable soulagement que je quitte ce séjour endeuillé où sont ensevelies, avec mes pauvres morts, les impressions douloureuses que j'éprouvais, les angoisses qui tourmentaient mon âme quand, face à face avec moi-même après la perte d'un opéré, je me sentais entraîné à me poser le problème de ma responsabilité directe dans la catastrophe.

Dans l'espoir de vous intéresser, je vous ai fait une confession sincère de mes échecs et, ne cherchant en aucune façon à me soustraire au châtement que mérite ma culpabilité, sans proférer le moindre murmure ni même invoquer le bénéfice des circonstances atténuantes, je me condamne moi-même... à être lapidé.

Cependant, contrit, humilié, l'instinct de la conservation et l'espérance d'échapper peut-être au sort qui me menace, m'invitent à chercher le salut dans cette humble prière:

Que le chirurgien qui ne porte pas lui-même un petit cimetière dans un coin de sa mémoire, me jette la première pierre!

UN CAS D'ATROPHIE PAPILLAIRE COMPLETE CAUSEE PAR L'INGESTION D'UNE FORTE DOSE D'ALCOOL METHYLIQUE (1)

Par le Professeur FOUCHER.

La connaissance des amblyopies et des amauroses de cause toxique ne remonte pas à une date très ancienne—McKenzie, en 1840, signala l'amblyopie nicotinique et plus tard Sichel en France, puis Galezowski et Daguenet signalèrent l'amblyopie alcoolique. Les deux abus se rencontrant souvent chez le même sujet il devenait difficile d'établir la part qui revient au tabac et à l'alcool dans chaque cas particulier. En Angleterre on incriminait surtout le tabac et en France, l'alcool. L'Allemagne par la voix de de Grafe se plaça dans un juste milieu: l'amblyopie devenait une maladie à facteurs multiples et l'avenir lui a donné raison puisque maintenant l'amblyopie résulte d'intoxications diverses: par la quinine, l'acide salicylique, le gaz d'éclairage, l'opium, la morphine, le plomb etc. On observe encore l'amblyopie dans l'urémie et le diabète, dans les fièvres intermittentes, dans l'épilepsie, après la méningite, dans différents troubles abdominaux, embarras gastriques, pertes sanguines; on a signalé l'amblyopie reflexe par des vers intestinaux; dans l'hystérie à la suite de traumatisme etc.

Depuis quelques années, on parle d'intoxication par l'alcool méthylique. Vigier en 1877 paraît être le premier qui ait attiré l'attention sur ce sujet. D'autres cas ont été signalés surtout en ces six dernières années.

Dernièrement le Dr Buller de cette ville relatait à la société medico-chirurgicale trois observations de ce genre et si je viens aujourd'hui vous en rapporter une autre, c'est pour vous démontrer que le mal existe peut-être plus fréquent qu'on le pense et surtout qu'il offre un caractère de gravité qu'on ne rencontre pas dans l'intoxication par l'alcool éthylique.

OBSERVATION. Le 20 février dernier John D. est venu me consulter au dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame. C'est un garçon âgé de 22 ans; né à Berlin, dans l'état du Michigan; il fut le premier enfant et sa mère mourut quatre semaines après sa naissance des suites d'accouchement. Son père était malade, mais sa mère jouissait d'une bonne santé—ils avaient une bonne vue tous deux.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 8 mars 1901.

Le patient fut toujours d'une constitution délicate quoi qu'élevé à la campagne et adonné aux travaux de la ferme. Vers sa quinzième année, il commença à fumer et à boire d'une manière régulière, il s'ennivrait pendant deux à trois jours tous les mois avec du whiskey ordinaire et quelquefois avec des liqueurs à essences.

Au moment de l'accident qui le rendit aveugle, le patient était en bonne santé apparente, aucun désordre de l'estomac; il n'avait jamais remarqué rien d'anormal du côté de sa vue. Aucun symptôme de rhumatisme, de paralysie, aucune histoire de maladies infectieuses ou vénérienne.

Il y a deux ans, il prit par inadvertance, vers 8 à 9 heures du matin une petite dose d'alcool méthylique dans une bouteille qui servait à alimenter une lampe à alcool, il répéta la dose à différents intervalles et absorba paraît-il la valeur d'un demi litre dans le cours de l'avant-midi. Vers 2 heures il fut forcé de se coucher, on le trouva dans la grange vers 5 heures p. m., il était inconscient, ivre mort et ne recouvra connaissance que dans le cours de la nuit. Il se rappelle s'être levé la nuit parce qu'il avait des nausées et des vomissements mais ne se rappelle pas s'il était aveugle à ce moment parce qu'il faisait sombre dans l'appartement. Le lendemain matin vers 7 heures il devint cyanosé et il eut des syncopes fréquentes.

Un médecin fut mandé et le patient devenu à demi aveugle fut considéré dans un état très critique, le système nerveux surtout était très ébranlé. On lui fit des injections hypodermiques, il ne peut pas dire quelle en était la nature, son système nerveux s'améliora mais il resta aveugle. Traité plus tard à Grand-Rapids sa vue resta dans le même état. Interné ici à l'asile Nazareth depuis quelque temps il fait partie du contingent des aveugles incurables.

Une fièvre typhoïde l'a conduit à l'Hôpital Notre-Dame et c'est là que le 20 février dernier j'ai été appelé à examiner les yeux. Les pupilles sont largement dilatées, le nerf optique est complètement atrophié et il n'existe même pas la plus minime perception lumineuse.

Comme l'histoire de ce patient le fait constater le terrain était déjà préparé de longue main par les abus du tabac et de

l'alcool éthylique lorsque l'absorption d'une large dose d'alcool méthylique termina brusquement la scène par une cécité presque subite et irrémédiable.

A cette observation pourrait s'en ajouter une autre qui ne m'est pas personnelle mais qui m'a été relatée par le Dr Virrolles. Trois amis travaillaient ensemble dans les ateliers du Grand Tronc et avaient contracté l'habitude de boire de l'alcool de bois. Tous trois devinrent gravement malades, l'un d'eux revint à la santé, un autre devint aveugle complètement et le troisième mourut des suites de cette imprudence.

Si l'on considère le grand nombre de cas d'intoxication avec l'alcool éthylique et le grand nombre de ceux qui s'ennivrent périodiquement et que l'on ramasse ivres morts, on est frappé de rencontrer si peu d'amblyopie ou d'amauroses alcooliques parmi ceux-là. L'alcool méthylique semble donc différer totalement dans ses effets sur les yeux sous ce rapport.

Peut-on supposer que l'alcool de bois puisse se transformer dans l'économie en formaline? Il y a là une question intéressante à élucider mais le fait existerait-il que nous pourrions quand même nous demander comment ce nouveau produit toxique agit tout spécialement sur le tissu nerveux de l'œil.

J'ajouterai peu de chose à cette observation touchant les lésions anatomiques observées dans les différents cas d'amblyopie, cela m'entraînerait trop loin. Qu'il me suffise de dire que dans les deux formes les plus communes, l'amblyopie alcoolique et nicotinique, le point de départ de l'affection est une névrite interstitielle chronique dont le point de départ paraît être au niveau du trou optique et qui se borne aux faisceaux centraux du nerf qui à ce niveau représentent les fibres destinées à la macula lutea. Ce qui explique qu'au début de la maladie les patients accusent d'abord du scotôme. Ce n'est que plus tard au fur et à mesure que le tissu conjonctif hypertrophié abolit la conductibilité des fibres nerveuses que l'on voit le champ visuel se retrécir et l'acuité visuelle diminuer graduellement pour arriver à la perte complète de la vue avec l'atrophie complète de la papille.

Toutes les amblyopies n'affectent pas cette forme de lésions anatomiques; dans l'amblyopie quinique par exemple les vais-

seaux centraux sont en cause, cette affection ressemble à l'ischémie rétinienne par embolie de l'artère centrale de la rétine.

La quinine semble donc exercer une action directe sur les vaisseaux, sur les centres vaso-moteurs. Ce qui s'explique plus difficilement c'est la manière dont certaines intoxications produisent la névrite interstitielle. On relève bien l'analogie avec la cirrhose de cause alcoolique; mais comment expliquer l'action de l'alcool dans ces deux cas? Pour ce qui concerne l'amblyopie ou la cécité causée par l'ingestion de l'alcool de bois, on n'est pas encore fixé pour établir sur des bases certaines le début de la maladie dans la portion retro-bulbaire du nerf optique ou dans la région de la macula.

Il semble exister peu de différence entre les lésions anatomopathologiques de l'amblyopie dans l'intoxication alcoolique en général. La rapidité de l'action et son pronostic plus sombre semblent seuls les différencier.

La qualité d'alcool absorbé entre pour un facteur important dans les amblyopies ou amauroses, mais pour ce qui concerne l'alcool éthylique il y a des différences individuelles que je désire signaler en passant, elles ne sont pas sans intérêt. Nous connaissons tous des sujets alcoolisés jusqu'à la moëlle des os qui, à un âge avancé, ont encore bon pied et bon œil, d'un autre côté, nous connaissons des jeunes sujets qui pour avoir fait des abus n'en sont pas arrivés cependant à ce degré de saturation apparente que l'on rencontre chez d'anciens buveurs invétérés. A quoi tient la différence d'action exercée sur les yeux dans les deux cas?

Sans doute à une première question de quantité, mais encore faut-il s'entendre sur ce point. Un gallon d'alcool absorbé par deux individus dans des conditions à peu près identiques de poids, de santé, ne produira pas le même résultat si l'absorption a lieu rapidement et dans le cas où elle a lieu lentement, par petites doses. Autrement dit, une *brosse* périodique, quelque *carabinée* qu'elle puisse être, ne laisse pas dans le système nerveux oculaire la même impression que les petites doses répétées à toutes les 2 heures ou 3 fois par jour avec la régularité d'une horloge. La qualité d'alcool éthylique absorbé entre

aussi en ligne de compte et si j'avais à faire le procès de ces alcools je dirais que le rye whisky est peut-être le plus dangereux de tous, probablement à cause de son extraction du seigle. Toute chose égale d'ailleurs quant à la quantité et à la qualité de boisson ingérée celui-là en souffrira le plus dont les reins ne fonctionnent pas bien, qui, par la nature de ses occupations est condamné à une vie sédentaire. Un buveur d'alcool qui prend beaucoup d'exercice surtout au-dehors élimine plus vite et plus facilement son poison, ainsi en est-il de celui qui boit beaucoup d'eau dans le cours de la journée et qui transpire facilement et abondamment.

Les mêmes remarques s'appliquent à toutes les autres intoxications, aussi en ai-je fait depuis plusieurs années la base du traitement à instituer dans ces cas. Pour moi ce traitement doit se résumer à deux choses: 1° Supprimer le poison 2° le faire sortir le plus tôt possible de l'économie en favorisant les fonctions naturelles d'élimination, les reins et la peau—mais ce traitement ne peut être effectif qu'avant l'atrophie du nerf optique. Si la transformation nerveuse s'est opérée, si le tissu conjonctif interstitiel a emprisonné les éléments nerveux pendant longtemps au point de détruire à tout jamais leur conductibilité, c'est en vain que l'on supprimera et que l'on fera la chasse au poison ou que l'on stimulera le nerf par la stychmine ou l'électricité; tout effort dans ce sens sera infructueux. L'amblyopie et l'amaurose de cause méthylique offrant sous ce rapport un degré de gravité exceptionnel et encore peu connu, je me demande si la vente de l'alcool de bois ne devrait pas être astreinte à une formalité, qui en ferait connaître tout le danger.

Le Dr Buller suggère d'étiquetter l'alcool méthylique comme on le fait pour les poisons et d'ajouter ceci en plus "*ce liquide, pris à l'intérieur, peut rendre aveugle.*"

La suggestion est opportune et je l'approuve entièrement. Mais il existe un autre danger à conjurer c'est celui de la sophistication des alcools. Autrefois l'alcool méthylique n'offrait pas le degré de toxicité qu'il présente aujourd'hui; il n'entrait dans l'alcool destiné au chauffage, aux teintures du commerce, à la fabrication du shallac, qu'une certaine pro-

portion d'alcool de bois, aujourd'hui l'alcool de bois est pur.

S'il arrivait à quelqu'un d'absorber cet alcool méthylique atténué les effets étaient moins nuisibles. Le prix de l'alcool éthylique étant devenu très élevé, en a eu l'idée de substituer à ce dernier, dans certaines proportions suffisamment rémunératrices, l'alcool de bois qui coûte beaucoup moins cher—on m'a cité le cas d'un pharmacien qui, par économie, se composait pour ses amis et pour lui-même un grog spécial dans lequel l'alcool de bois entrant comme réducteur, certaines essences achevaient de compléter l'illusion et tout le monde était content. Mais il paraît que le pharmacien en question est maintenant en grand danger de mourir des suites d'une affection rénale. Un pharmacien avec lequel je causais de la chose me faisait remarquer qu'il avait été étonné, un jour, de constater à quel bas prix on lui offrait des teintures médicinales. Après en avoir essayé, il constata que les teintures en question, surtout la teinture d'iode, contenait de l'alcool de bois.

On voit par ces quelques remarques qu'il y a là un danger sur lequel les médecins en général et surtout les hygiénistes ont besoin de porter leur attention.

Dans la pneumonie grippale, si fréquente à cette époque de l'année, le Vin Don Lorenzo à la dose de 120 à 150 grammes par jour est un bon stimulant général. Il agit particulièrement bien chez les alcooliques invétérés et chez les vieillards dont le cœur, déjà sclérosé, a une tendance à se dilater à cause de la résistance que lui offre le poumon congestionné.

Durant tout le cours de la maladie, on peut le donner sans crainte, contrairement aux médicaments usuels que l'on n'emploie que par intervalles, en redoutant leur activité, si différente chez chaque malade.

FRACTURE DE LA ROTULE.—SUTURE METALLIQUE

Par M. EUGÈNE SAINT-JACQUES

Professeur agrégé à l'Université Laval, Chirurgien à Hôtel-Dieu de Montréal,
Membre de la Société Anatomique de Paris et de la
Société Internationale de Chirurgie.

Je n'insisterai ni sur l'étiologie ni sur la symptomatologie de la fracture de la rotule: ce sont là deux chapitres de pathologie qui nous sont trop familiers à tous.

Qu'il suffise de dire que le trait de fracture est généralement vers la pointe de la rotule ce qui donne un fragment inférieur d'habitude plus petit. De même il n'y a dans la plupart des cas que deux fragments, sauf lorsque la fracture est de cause directe: et l'on comprend facilement qu'alors le traumatisme fasse éclater cette rotule en plusieurs morceaux.

Par contre si la fracture est indirecte, et alors due à une contraction subite trop énergique des muscles cuissiers, — les délabrements des tissus mous, surtout des ailerons de la rotule seront bien plus marqués: dans ce cas les ligaments latéraux sont fortement déchirés, — et là nous trouvons une des causes les plus importantes des mauvais résultats du traitement par l'immobilisation.

De ces considérations générales très sommaires, venons-en au traitement qui pour le cas est le point important par excellence, pour tous deux, médecins et surtout patient. Les chirurgiens sont ici — et comme en combien d'autres cas — divisés en deux camps: les interventionnistes et les immobilisateurs.

A ceux-ci d'abord, je ne rappellerai que pour mémoire les griffes de Malgaigne — évocation de l'inquisition — et les ceintures en gutta-percha moulées de Trélat. Les bandelettes de diachylon de Boyer et la bande élastique de Hamilton, prenant toutes deux point d'appui sur une attelle postérieure, eurent leur moment de vogue, et même, je crois, sont encore en faveur auprès des timides.

Si mon malade refusait carrément l'intervention, je préférerais encore un bon appareil plâtré, bien moulé et déprimé au-dessus et au-dessous de la rotule.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 9 février 1904.

Après application de ces appareils de contentions, le chirurgien n'a plus qu'à prescrire à son malade "de la patience"! Et quelle dose! Car il va falloir à ce pauvre diable demeurer immobilisé dans son plâtre de 50 à 60 jours: c'est sacré! Peut-être un audacieux de ces timides permettra-t-il à son malade de se lever et traîner son boulet plâtré juché sur des béquilles vers le 40ème jour.

Pendant ce temps la clientèle sera négligée nécessairement, le bureau et les affaires souffriront, et si c'est un journalier, faut-il dire que toute la famille va entrevoir la misère.

Mais ces 50 jours ne sont que le commencement. Quand le chirurgien sortira la précieuse jambe de sa prison plâtrée, il aura là une articulation ankylosée, qui nécessitera un long temps, de très longs mois et de massage avant de regagner un peu de souplesse: et somme toute pour arriver à avoir une jambe toujours plus ou moins impotente.

Je ne veux pas être pessimiste et croire ni dire que tous les cas traités par l'immobilisation auront aussi vilain résultat que celui que je voyais dernièrement, depuis que j'ai fait cette communication. C'était un jeune fermier, gaillard bien portant, qui se fait une fracture par cause indirecte. Son médecin, et un praticien de campagne bien au fait et habile, lui font un plâtre et l'immobilisent les 50 jours sacrés! Voilà un an et plus de cela,—et il peut faire à peine 4 pouces de flexion: c'est dire que sa jambe est droite et l'embarrasse pour tous ses travaux de ferme. N'allez pas croire que sa rotule soit trop écartée. Non,—il y a $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ de pouce d'écart seulement, et un bon lien d'union fibreuse;—sa rotule est assez mobile latéralement. Mais c'est cette immobilisation intempestive qui lui a ankylosé le genou. Comment en serait-il autrement grands dieux! A la suite du traumatisme, il se fait de la synovite — nous y reviendrons plus tard — qui déverse dans l'articulation sa musine agglutinante. A cela joignez l'épanchement sanguin, dû à la rupture des tissus mous et osseux. Ajoutez les déchirures plus ou moins marquées des ligaments latéraux. De plus — et c'est un fait *constant* — le revêtement fibreux antérieur de la rotule ne se rupturant pas sur une même ligne

que le trait osseux, il se fait une bavette de tissu mou qui vient s'interposer entre les fragments et s'oppose à leur réunion osseuse.

Mettez tout cela dans un plâtre ou sous des bandelettes de quelque matériel ou couleur que vous voudrez — immobilisez moi tout cela pendant 50 jours, — c'est-à-dire donnez à cette bonne mère nature le temps de tout vous souder cela en une masse, — et candidement nous voudrions attendre de tout cela un bon résultat, i. e. un bon, solide et mobile genou?

Il ne faut pas oublier l'atrophie musculaire qui va nécessairement suivre cette arthrite d'abord, si légère soit-elle, puis surtout la longue immobilisation. Voilà le bilan d'un côté.

Que nous disent les interventionnistes. Ils ont d'abord un but: avoir un résultat beaucoup meilleur en gagnant en plus du temps. Lucas Championnière est sur le sujet l'autorité par excellence. A lui seul il a traité par l'intervention plus de 70 cas personnels. L'expérience personnelle et clinique est ici la seule qui vaille quelque chose, surtout en regard des théories des timides. Les cas que j'ai vu traiter par l'immobilisation de même que ceux traités par l'intervention chirurgicale que j'ai pu suivre, comme ce cas en particulier que je relaterai en détails tout à l'heure, — confirment pleinement les conclusions que posait Championnière dans les archives Internationales de Chirurgie.

“ Les lésions articulaires, écrit-il, — interposition de bavette
 “ fibreuse entre les fragments, — délabrement des ligaments
 “ latéraux, synovite, épanchement sanguin, — montrent bien
 “ pourquoi l'immobilisation que l'on impose habituellement à
 “ une articulation aussi malade est la dernière des conditions
 “ à faire subir pour la cure d'une blessure qui par elle-même,
 “ expose tant à l'enraidissement et à l'atrophie musculaire.”
 C'est assez clair, je crois. Alors, le traitement de préférence?

C'est entre des mains expérimentées la suture métallique des fragments.

Les nombreux et grands avantages sont:

I. — Le nettoyage de l'articulation et l'enlèvement des caill-

lots sanguins qui, s'ils sont laissés en place, s'organisent graduellement en adhérences assez solides, très nuisibles au bon fonctionnement de l'articulation.

II. — La coaptation immédiate et parfaite des fragments.

III. — Le relèvement du lambeau fibro-périostique antérieur, qui au lieu d'aller s'interposer nécessairement entre les fragments sera suturé à sa partie correspondante inférieure.

IV. — La réparation des ligaments latéraux.

V. — La mobilisation précoce, très — précoce qui s'y posera à l'ankylose et à l'atrophie musculaire.

VI. — Une guérison "*complète et très hâtive.*"

Alors quelle technique suivre?

Tous les chirurgiens sont d'accord à cet effet, sauf sur des détails de technique. Un bon nombre préfèrent s'en tenir à l'asepsie pure; — Championnière veut en plus de l'antisepsie et pour lui la sol. carbolisée à 5% serait l'idéale. Dans le cas que je relate plus bas je m'en suis tenu à de l'asepsie toute simple, mais rigoureuse, — ayant, après nettoyage de l'articulation lavé la cavité au sérum artificiel: et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Tous nous sommes d'accord pour attendre 5 à 7 jours après l'accident avant d'intervenir. Immobilisation et compression temporaires aideront à calmer la synovite aiguë consécutive au traumatisme et qui nous expose davantage à des complications si nous opérons sitôt après l'accident.

Les uns préfèrent, Championnière entr'autres, faire une suture directe des fragments l'un à l'autre après perforation, sans que cependant le fil métallique pénètre dans la cavité. Avec un certain nombre d'autres, je préfère "l'encerclage," qui consiste à obtenir l'apposition des fragments par le fil "faufilé" dans les tissus mous péri-rotuliens: ailerons latéraux, ligaments sus et sous-patellaires. C'est d'ailleurs le seul mode de procéder là où il y a fracture en plusieurs fragments. Les détails du cas suivant illustreront les soins consécutifs à l'opération.

M.P. 53 ans fait le lundi, 13 juillet, un faux pas en mettant le pied sur une pierre recouverte de varech et se fracture la rotule par cause indirecte. Ecartement d'un bon pouce. Je

lui fais un plâtre qui immobilise cuisse et jambe et je déprime au dessus et dessous des fragments pour les empêcher de s'écarter et ajouter au déchirement des tissus mous. Le samedi 18 juillet (soit 5e jour) je fais le cerclage des fragments et répare les ligaments latéraux fort déchirés.

Le 1er août (soit le 14e jour après l'opération,) j'enlève le plâtre et commence immédiatement la mobilisation. Le lendemain, je mets le malade sur pied, avec des béquilles, lui permettant la marche, tout en conservant une clisse postérieure de sauvegarde. Le 20e jour j'enlève toute clisse. Dès lors massage, électricité et mobilisation graduellement forcée chaque jour vont amener des progrès rapides, si bien que le 15 septembre, le malade qui depuis un mois a laissé ses béquilles, et vaque à ses affaires, marche si facilement et fléchit le genou assez bien pour partir pour un long voyage très fatigant et mouvementé en Europe. C'est-à-dire que la guérison a été "rapide et parfaite." Voilà 8 mois depuis l'accident et le malade ne fait pas de différence de ses deux jambes.

C'est là un cas typique et qui montre plus que toute discussion théorique les immenses et réels avantages de l'intervention chirurgicale sur l'immobilisation.

ERRATUM

A la page 75, quatrième ligne au lieu de "Seule, ici, était indiquée" il faut lire *seule, ici, était contre-indiquée* la colpotomie etc.

— Erreur grave due à nous seuls. M. Lasnier voudra bien accepter nos excuses.

N. D. L. R.

CHRONIQUE MEDICALE

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

LE TRAVAIL DU COEUR HUMAIN. — De tous les organes qui composent la merveilleuse machine humaine, le cœur est sans contredit le plus important par les fonctions qui lui sont dévolues. Il entretient chez chaque organe la vie qui lui est propre par un travail ininterrompu qu'il est facile d'apprécier approximativement par des chiffres, et qui est énorme.

Le cœur humain est une pompe aspirante et foulante dont on estime la hauteur à 15 c. c. (environ 10 pcs) et la largeur 10 c. c. (environ 4 pcs). Si l'on prend la moyenne de son fonctionnement, 70 pulsations par minute, ou aura 4.200 par heure, 100.000 par jour, 36.792.000 par année et 2.575.44.000, chez un homme qui vivait jusqu'à 70 ans. Chaque battement lance environ 100 grammes (un peu plus 6 cuillerées à soupe) dans la circulation : soit sept litres par minute, 420 litres par heure ou dix tonnes par jour. Tout le sang du corps est d'environ 28 litres ; il passe donc dans le cœur toutes les deux ou trois minutes. On a calculé que cet organe déploie, chaque jour, une force capable d'élever 46 tonnes à un mètre (1 tonne — 2000 lbs x 46) à 3 pieds de hauteur.

Pendant la vie d'un homme qui a atteint 70 ans, cette incomparable pompe, qui a fonctionné sans un moment d'arrêt, ni le jour ni la nuit, a débité l'énorme masse de plus de 250.000 mètres cubes de sang !

Je laisse aux ingénieurs-mécaniciens le soin d'atteindre pareil phénomène dans le fonctionnement de leurs machines *modern style*.

* * *

LA SALICYLATE DE SOUDE DANS LE LUPUS. — M. Plicque, après les expériences de Villemain fils démontrant l'action puissante du salicylate sur les cultures de bacilles tuberculeux, en a recommandé l'emploi dans le lupus et la tuberculose de la peau.

Matin et soir, il fait un badigeonnage de toute la plaque lupique et de toute la région ulcérée avec la solution suivante:

Salicylate de soude 10 grammes.
Eau stérilisée..... 80 —

Cette application laisse à la surface de la peau une pellicule blanchâtre dont on atténue la couleur disgracieuse par l'addition d'une trace de fuchine.

Ce traitement aurait donné de bons résultats dans des cas de lupus anciens.

Il conseille aussi les injections interstitielles de cette solution pour le traitement direct des nodules tuberculeux.

* * *

LA PLEURÉSIE PURULENTE CHEZ L'ENFANT (1). — M. Ausset, dans un article récent appuie longuement sur les difficultés du diagnostic de cette maladie chez l'enfant, et sur le traitement qu'elle comporte.

Il rapporte deux observations intéressantes à plus d'un point de vue.

Dans un premier cas, appelé auprès d'un enfant malade depuis six mois, il fut frappé par son aspect cachectique. A la suite d'une rougeole il avait fait de la broncho-pneumonie suivie d'amaigrissement rapide et prolongé; et la marche de la maladie comme l'apparence du petit malade en avait imposé au médecin qui l'avait considéré comme tuberculeux. Ce n'est qu'après un examen attentif suivi d'une ponction exploratrice que l'on porta le diagnostic de pleurésie purulente. L'opération, une simple thoracentèse, permit d'évacuer 1 litre de pus verdâtre contenant des masses fibrineuses purulentes. Le poumon était ratatiné et refoulé en haut. Néanmoins, au bout d'un mois, le poumon était revenu à sa place, la plaie cicatricée, et l'enfant se portait à merveille.

Cette observation démontre que le diagnostic de pleurésie chez l'enfant est difficile, souvent, parce qu'elle est consécutive à une broncho-pneumonie, qu'elle s'installe insidieuse-

(1) *La Pédiatrie pratique*, 1er février 1904.

ment, qu'elle s'accompagne de râles et que tout enfin invite à porter le diagnostic de broncho-pneumonie chronique ou même tuberculeuse.

“ Quand on assiste, dit Ausset, chez un petit malade à une de ces affections pulmonaires dont la résolution semble ne pas s'effectuer, il faut immédiatement songer à la possibilité d'un épanchement purulent et aller à la recherche de ce pus par des ponctions exploratrices. ”

Sur ce sujet, l'auteur affirme qu'une ponction exploratrice négative n'implique pas fatalement l'idée qu'il n'y a pas de pus. Les pleurésies à pneumocoques renferment un pus très épais, à gros grumeaux, difficile à aspirer avec les petites aiguilles ordinaires. Il lui est arrivé de faire des ponctions blanches dans un cas particulier qu'il rapporte et où il affirma la pleurésie purulente malgré tout. L'opération pratiquée deux jours après prouva qu'il y avait du pus.

L'évolution peut aussi permettre, à elle seule, d'affirmer le diagnostic. Il eut occasion un jour de voir un enfant atteint de broncho-pneumonie à la suite de rougeole. Huit jours plus tard, rappelé de nouveau, il pense à la pleurésie purulente devant la persistance des phénomènes d'auscultation. La ponction est négative, on attend. Un nouvel examen, 10 jours plus tard, donne les mêmes résultats : deux ponctions négatives ; on pose le diagnostic de pleurésie purulente, enkystée, interlobaire, confirmée par la radioscopie. L'opération est pratiquée avec succès.

Il faut se rappeler que ces pleurésies sont purulentes d'emblée dans 90 p. 100 des cas ; qu'elles ont une tendance à l'enkystement ; qu'elles s'accompagnent de souffles intenses, caverneux ou tubaires, de pectoriloquie aphone, c'est-à-dire tous signes bien faits pour faire errer le diagnostic et faire penser à la tuberculose.

Parmi les signes qui peuvent nous aider à faire un diagnostic, il y a le signe du sou auquel l'auteur attache une grande importance. On applique un sou sur un pont du thorax sur lequel on percute avec un autre sou ; on pose l'oreille à nu sur un point symétrique au point percuté, et on obtient, dans la pleu-

résie, un son clair, net, argentin, des plus manifestes comme si on frappait le sou dans son oreille. *Signe très fidèle dans la pleurésie séro-fibrineuse*, il l'est moins, cependant, dans la pleurésie purulente à cause de la densité de l'exsudat.

Un autre signe fréquent dans ces cas est la *déformation* hippocratique des doigts. Comme le dit Ausset, c'est un véritable hippocratisme aigü, qui disparaît avec l'affection purulente.

En résumé, dans les affections broncho-pulmonaires, il faut toujours penser à la pleurésie purulente.

L'aspect du pus nous éclaire sur sa nature. Épais, visqueux, verdâtre dans la pneumococcie : il est plutôt gris dans la streptococcie, et fétide dans la tuberculose.

Le pronostic est grave chez les enfants âgés de moins de deux ans.

Le pneumocoque est le moins grave. Il faut aussi tenir compte de l'âge de la pleurésie. Lorsqu'elle est de date récente le poumon revient rapidement à son état normal ; mais si elle a été méconnue et que le poumon ait été refoulé contre la colonne vertébrale où il est emprisonné par des adhérences, la guérison se fait par bourgeonnement et il s'ensuit une déformation consécutive du squelette. Il y a, également, le risque d'une symphise cardiaque qui fait courir de grands risques au malade.

Le streptocoque est plus grave. Les complications sont plus sérieuses et les pleurésies anciennes ont peu de chance de guérir.

Comme traitement Ausset conseille la pleurotomie contre la ponction au gros trocart à cause des caractères de l'exsudat dans la pneumococcie. Il conseille d'ouvrir un peu en arrière de la ligne axillaire dans le sixième espace intercostal ; il ne faut pas inciser trop bas chez l'enfant, de crainte de pénétrer dans l'abdomen. La résection costale n'est pas nécessaire.

Le drain sera long et large en caoutchouc de préférence à la gaze qui forme tampon et absorbe le pus. Les lavages sont inutiles dans la pleurésie à pneumocoques, excepté dans les cas où les fausses membranes sont épaisses et abondantes ;

dans ce cas on emploiera une solution de permanganate de potasse à 0 gr. 25 p. 1000.

Dans la pleurésie à streptocoques il faut faire la pleurotomie rapide suivie de lavages antiseptiques. Dans la pleurésie tuberculeuse, le traitement, même chirurgical, donne de médiocres résultats, à cause de la source de la maladie—la tuberculose—qui subsiste et qui conduit à la cachexie.

* * *

LE SÉRUM DE MARMORECK DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — Dans une des dernières séances de la Société de Thérapeutique de Paris, 10 février—M. Bardet a lu une note de deux médecins français sur les résultats obtenus dans un cas de phthisie aiguë des deux poumons.

La malade a reçu 720 grammes de sérum antituberculeux en 47 injections. Le début du traitement a commencé quatre semaines après l'apparition de la maladie. Le résultat a été excellent. Graduellement les râles, la toux, la fièvre, l'expectoration ont diminué, ou disparu, ainsi que le bacille de Koch dans les crachats. La malade, suivie par plusieurs médecins depuis quatre mois, s'est complètement transformée.

D'autre part deux autres médecins de Paris présentent une observation analogue, concernant un malade, 31 ans, porteur de lésions au tiers supérieur du poumon gauche, infiltration du poumon droit, toux expectoration à la suite d'une hémoptysie.

Après injection de 155 c. c. de sérum antituberculeux il est amélioré au point de se croire guéri. Il ne reste que quelques craquements. L'état général est excellent.

M. Mathieu, président, estime que ces deux cas doivent être classés. " En médecine, dit-il, il s'agit avant tout de ne pas nuire au malade; il semble que le sérum nouveau satisfasse à ce desideratum, car il est bien supporté. "

* * *

UN CAS DE SIMULATION CHEZ UNE FEMME ENCEINTE (1). — M. Delestre, chef de clinique du prof. Pinard rapporte un cas qui intéresse autant le praticien que le légiste.

(1) *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, janvier 1904.

Il s'agit d'une femme accusée de vol qui est conduite à la clinique par son avocat qui désire se faire délivrer un certificat de grossesse avancée et qui compte plaider l'irresponsabilité en invoquant la kleptomanie puerpérale.

Le chef de clinique, après l'interrogatoire habituel et examen relève les faits suivants: suppression de règles depuis sept mois; tumeur abdominale de la forme et du volume d'un utérus gravide de 7 mois, matte à la percussion, rénitente au palper, nettement délimitable, ne contenant aucune partie foetale. L'auscultation est négative. Le col est gros, ramolli; le segment inférieur est accessible. Le mamelon donne du colostrum à la pression. On ne perçoit ni ballotement foetal, ni mouvements actifs, ni bruits du cœur.

Examinée par le prof. Pinard, il fut frappé " par la situation exactement médiane de la tumeur, contrairement à ce qui se passe pour l'utérus gravide, généralement incliné, plus particulièrement à droite."

A la demande si elle avait uriné, cette femme répondit qu'elle venait de le faire une heure auparavant. Néanmoins le cathétérisme de la vessie fut pratiqué séance tenante et on amena l'écoulement de 650 grammes d'une urine claire. En même temps la tumeur disparaissait, laissant un utérus gravide de 3 mois facile à reconnaître par le palper bi-manuel.

Cette femme n'étant pas enceinte à l'époque du vol avait avancé le début de sa grossesse afin d'en tirer partie à son profit. Elle avait voulu faire prendre sa vessie pour..... un utérus, et elle s'était condamnée à boire abondamment toute la nuit, comme le prouvait son urine claire.

— Cette observation, écrit le rapporteur, à part la supercherie, comporte un autre enseignement: elle tendrait à prouver, une fois de plus, que ceux qui ont parlé d'une rétro-version de l'utérus gravide consécutive à la rétention d'urine ont évidemment pris l'effet pour la cause comme le démontre ce cas où la vessie avait repoussé l'utérus latéralement.

* * *

INFLUENCE DU MÉTIER ET DU REPOS DE LA FEMME ENCEINTE. Madame Bernson, docteur en médecine, vient

(1) *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, décembre 1903.

de synthétiser dans un tableau, le résultat de ses observations sur l'influence des différents métiers des femmes enceintes sur le poids moyen de leurs enfants. Un coup d'œil suffira à faire saisir la différence.

Le travail et la station debout exercent une influence manifestement défavorable.

Multipares ayant travaillé jusqu'à l'accouchement.				
MÉTIERES FACILES	POIDS MOYENS EN GRAMMES.	MÉTIERES FATIGANTS.	POIDS MOYENS EN GRAMMES.	DIFFÉRENCE.
Servantes.	3213	Servantes.	2693	520
Différents métiers faciles (assises)	3303.1	Couturières, lingères, corsetières.	2758	547.1
Id.	3303.1	Différents métiers fatigants (debout)	2851.3	451.8
Ménagères.	3094.4	Filles de fermes.	2811	283.4
Primipares ayant travaillé jusqu'à l'accouchement.				
MÉTIERES FACILES.	POIDS MOYENS EN GRAMMES.	MÉTIERES FATIGANTS.	POIDS MOYENS EN GRAMMES.	DIFFÉRENCE.
Servantes.	3310	Servantes.	2960	344
Différents métiers faciles (assises)	3397.3	Couturières, lingères, corsetières.	3019	378.3
Id.	3397.3	Différents métiers fatigants (debout)	2943.4	453.9
Ménagères.	3556.1	Filles de ferme.	2815	742.1

J.-A. LESAGE.

NEUROLOGIE

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA BROMIPINE (1). — M. L. de Moor nous donne le résultat de ses observations dans les essais qu'il a faits de ce médicament introduit dans la thérapeutique en 1898 par Winternitz.

M. L. de Moor nous donne le résultat de ses observations dans les essais qu'il a faits de ce médicament introduit dans la thérapeutique en 1898 par Winternitz.

La bromipine est une combinaison du brome avec l'huile de résane. Elle existe sous deux formes de concentration différente.

a) La bromipine à 10%, liquide huileux insoluble dans l'alcool et l'eau; ses propriétés physiques sont à peu près identiques à celles de l'huile de sésame; 7 grammes de bromipine à 10% correspondent environ, au point de vue de la teneur en brome, à 1 gramme de bromure de potassium. C'est sous cette forme que la bromipine s'administre en général par la voie gastrique.

b) La bromipine à 33 $\frac{1}{3}$ % liquide de consistance plus épaisse que le précédent et de coloration légèrement plus foncée. On la prescrit d'habitude en lavements ou en capsules. Chaque capsule contient 2 grammes de bromipine à 33 $\frac{1}{3}$ %, ce qui correspond environ à 0.67 gramme de brome ou 1 gramme de bromure de potassium.

La bromipine se prend en général facilement dans du lait chaud, dans de la bière mousseuse ou bien additionnée de quelques gouttes d'essence de menthe. Les lavements ont été vantés par Rahn qui les a employés d'une façon systématique et les considère comme un excellent mode d'administration, principalement chez les enfants en bas âge. Voici le dosage indiqué par cet auteur, dont les essais furent institués avec la bromipine à 10%:

Cette substance traverse l'estomac sans subir aucune modi-

Au-dessous de 1 an, autant de grammes que l'enfant compte de mois.	
De 1 à 4 ans.....	10 à 15 grammes.
Au-dessus de 4 ans.....	25 à 30 —
Chez l'adulte.....	30 à 40 —

(1) Bulletin de la Soc. de Ment. de Balay.

fication et sans être absorbée; elle s'émulsionne dans l'intestin et y est résorbée sans avoir subi d'altération. Elle est ensuite déposée en majeure partie dans les tissus. C'est là qu'elle subit, par oxydation, ainsi que par l'action des liquides alcalins de l'organisme, une décomposition lente et progressive qui a pour résultat la mise en liberté du brome.

La bromipine a été expérimentée avec de réels succès par nombre d'expérimentateurs dans l'épilepsie, dans les manifestations neurasthéniques les plus diverses, les troubles nerveux d'ordre les plus divers: hystérie, chorée, paralysie agitante, névralgie, coqueluche, etc.

Les essais de M. de Moor dans le traitement de l'épilepsie ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il puisse affirmer que la bromipine est appelée à détronner le bromure de potassium. Il peut toutefois affirmer que la bromipine a une action antiépileptique réelle, probablement égale, et peut-être même, dans certains cas, supérieure à celle des bromures alcalins; que sa tolérance par les voies digestives est parfaite; qu'elle ne produit pas d'acné, et qu'elle fait même disparaître à bref délai l'inspection acnéique résultant d'un traitement inévitable par les bromures; qu'en sa qualité de corps gras facilement absorbable et bien assimilable, elle exerce une action salutaire chez les épileptiques dont la nutrition a besoin d'être relevée et notamment chez ceux à tempérament scrofuleux. En raison de la lenteur de son élimination, l'administration de la bromipine peut être interrompue pendant quelques jours sans grand inconvénient, tandis que l'interruption brusque d'un traitement bromuré est souvent suivie d'accidents assez graves.

Chez les neurasthéniques et les névropathes de tout ordre, atteints de troubles nerveux relevant de la médication bromurée, la bromipine trouve une de ses principales indications. Les palpitations nerveuses, les céphalées, les états anxieux, les insomnies de ces malades sont le plus souvent influencées de la façon la plus heureuse.

Le dosage de la bromipine varie avec la nature de la maladie et la gravité des symptômes. Dans l'épilepsie, il faut en général des doses élevées: 2 à 5 cuillerées à soupe de bromipine à 10% (ou une quantité équivalente de bromipine à 33 $\frac{1}{3}$ %). Ces do-

ses et même des doses plus élevées sont parfaitement tolérées. Dans les états nerveux divers, la dose est en moyenne de 1 à 2 cuillérées à soupe de bromipine à 10%.

* * *

VÉRONAL. *Luther* a administré 390 doses de véronal à 65 patientes agitées (dose par prise 0.5 à 2 gr. quelquefois même dose réfractée). Il conclut que ce corps a une durabilité d'action plus considérable que la paralaldéhyde, l'hydrate d'amyline et le dormiol; qu'il ne produit pas d'action cumulative comme le sulfonal et le trional. Il se produit de l'accoutumance pour ce remède tout autant que pour les autres hypnotiques. Le véronal se montre surtout avantageux dans l'agrypmie, puisqu'il produit un sommeil qui se rapproche du sommeil naturel, et il se prête aussi à merveille pour combattre les états psychopathique d'incitation. On n'a pas observé jusqu'ici d'accidents secondaires de nature toxique.

* * *

TABÈS ET MARIAGE. — ÉTUDE SUR LA FÉCONDITÉ DES TABÉTIQUES ET L'AVENIR DE LEUR DESCENDANCE (1). -- D'après les recherches de M. A. *Pitres* portant sur 249 observations de tabétiques, il résulte que 209, soit 87 pour cent, étaient mariés, veufs ou vivaient maritalement. Ceci confirmerait l'opinion déjà émise que le tabès sévirait davantage sur les gens mariés que sur les célibataires.

Au point de vue de la fécondité, les 250 ménages tabétiques, où un seul des conjoints était devenu tabétique, se divisent comme suit: 42, soit 20 pour cent, restent absolument stériles; 32, soit 15 pour cent, n'ont pas de descendance vivante; tous les enfants qu'ils ont produits étant morts nés ou morts en bas âge; 135, soit 65 pour cent, ont des enfants vivants dans la proportion de 2.11 par ménage. Le tabès ne saurait donc être considéré comme une cause absolue d'infécondité.

La proportion de la mortalité de la descendance est énorme, elle est près de la moitié du chiffre total des enfants. Mais

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux.*

cette mortalité ne dépend pas directement du tabès, puisque la léthalité qui est de 44 pour cent pour les enfants nés avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie chez leur père ou mère, tombe à 28 pour cent pour ceux qui sont nés après. La syphilis est la principale ou au moins l'une des principales causes de la stérilité des tabétiques et de l'énorme léthalité de leur descendance.

L'immense majorité des enfants des tabétiques sont sains de corps et d'esprit, sans signes d'hérédo-syphilis sans stigmates grossiers de dégénérescence physique ou mentale, sans affections nerveuses ou mentales, en particulier sans tabès ou maladie de Friedreich.

E.-P. CHAGNON.

Le Vin Don Lorenzo à la dose d'une $\frac{1}{2}$ cuillerée à soupe dans un verre d'eau détruit ou du moins atténué sensiblement la virulence des germes morbides contenus dans les eaux d'alimentation au printemps et à l'automne. C'est un des rares moyens mis en œuvre pour se protéger contre l'action irritante des matières organiques qui y sont contenues en grande quantité à ces deux époques de l'année.

CORRESPONDANCE

A propos du sérum de Marmoreck

Monsieur le Rédacteur,

Un confrère vient de me signaler une petite note, parue dans le *Bulletin Médical de Québec* le mois de janvier dernier, intitulée "A propos du Sérum Marmorek."

Je relève dans cette note la phrase suivante: "Les praticiens agiront sagement de ne pas soumettre leurs malades à une médication aussi dangereuse, on se demande aujourd'hui comment l'Académie de Médecine a pu autoriser la lecture du travail du docteur Marmorek."

Si celui qui blâme ainsi l'Académie de Médecine de Paris, d'avoir permis à monsieur Marmorek de lire sa communication sur le sérum anti-tuberculeux, eût su que cette communication était le résultat de huit années d'études approfondies et que ce sérum est maintenant en essai dans plus de trente cliniques, peut-être l'auteur de cet écrit aurait-il hésité avant de donner un pareil conseil à ses confrères; ou bien, eût-il vécu à Paris lors des premières expériences de l'illustre Pasteur sur la rage, il eût, il est évident, fait partie du nombre des médecins opposés à sa théorie, qui ont été surnommés "Le groupe des Eteignoirs", groupe qui réclamait à hauts cris l'arresta-immédiate de Pasteur.

Je comprends, Monsieur le Rédacteur, l'hésitation de certains médecins à se servir du sérum anti-tuberculeux, surtout après la lecture du rapport si défavorable de Monsieur le professeur Dieulafoy, mais comme ce rapport est basé sur les premières expériences de M. Marmorek, en 1902, il ne faut pas conclure de là à l'inefficacité du sérum. En justice pour Monsieur Marmorek, avec qui j'ai été associé durant mon séjour à Paris, je crois qu'il est de mon devoir de rappeler à mes confrères que ce dernier a clairement expliqué dans sa communication à l'Académie que le sérum de 1902 n'était pas celui dont il s'est servi pour ses expériences de 1903. C'est ce dernier sérum qui, ayant obtenu de si bons résultats, a motivé sa communication à l'Académie le 17 novembre dernier.

Voici d'ailleurs un extrait de son travail de nature à nous renseigner :

“ Les premiers échantillons de sérum dont nous disposions furent d'une efficacité beaucoup plus faible que ceux qui nous ont servi dans ce dernier mois; d'abord, parce que la toxine était relativement peu active et ensuite parce que l'immunisation des chevaux n'était pas poussée aussi loin. Pour ces raisons les résultats d'alors ne sont pas comparables à ceux d'aujourd'hui. Le sérum en outre étant susceptible de perfectionnement, il va sans dire qu'il pourra dans l'avenir être rendu encore plus efficace. ”

D'ailleurs les résultats qui viennent d'être publiés dans les journaux de médecine de France, notamment *La Presse Médicale de Paris*, en date du 13 février 1904, justifient pleinement l'Académie d'avoir permis la lecture de cette communication.

Le sérum est perfectible et Monsieur Marmorek y travaille constamment, en voici la preuve :

A mon retour de Paris j'injectais à mes malades de dix à soixante centimètres cubes de sérum, en même temps que le dernier envoi de sérum je recevais instructions de limiter les injections à six c. c.

Avec votre permission, Monsieur le Rédacteur, je profiterai de l'hospitalité de votre journal pour communiquer à vos nombreux lecteurs les résultats de mon expérience concernant l'emploi du sérum Marmorek.

Sur à peu près 600 injections pratiquées tant à Paris qu'à Montréal, je n'ai jamais constaté d'abcès à l'endroit injecté. Les patients jusqu'à ce jour ont tous très bien supporté les injections, plusieurs même réclament avec instance le sérum, alléguant que ces injections calment leur toux et font disparaître les douleurs précordiales pendant les quintes. Voici en peu de mots quelques résultats obtenus sur dix malades qui ont été ou qui sont sous mes soins :

1° Un enfant est atteint depuis six ans d'arthrite tuberculeuse du pied, le pied est enflé, douloureux et compliqué de deux plaies qui sécrètent abondamment. A la vingtième injection de sérum le chirurgien de service et moi constatons :

que l'enfant a engraisé, que le pied est considérablement désenflé, moins douloureux et les deux plaies tarées.

2° Une jeune fille de vingt-trois ans atteinte de tuberculose pulmonaire, opérée pour néphrotomie ayant une expectoration abondante et toussant beaucoup. Le 3 février l'examen des crachats révèle de nombreux bacilles de Koch et l'expectoration des vingt-quatre heures pèse 38 grammes. Elle reçoit, ce jour là, cinq c. c. de sérum. Le 18 février nouvel examen des crachats et disparition des bacilles de Koch, l'expectoration pèse 17 grammes. Le 7 mars nouvel examen des crachats, pas de bacilles de Koch et l'expectoration ne pèse plus que 8 grammes. Il n'y a pas eu d'amélioration dans la température, mais la malade tousse beaucoup moins; elle est retournée chez elle et est encore sous traitement.

3° Un jeune homme atteint de tuberculose-pulmonaire forme caséuse, reçoit quatre injections et refuse de se laisser injecter de nouveau.

4° Un jeune homme de trente ans opéré en juillet 1903 pour ostéite tuberculeuse du métatarse, l'incision mesurant 10 c. m. de long n'était pas encore cicatrisée le 5 janvier 1904. Le pied est enflé, douloureux et la plaie sécrète abondamment. A la 17ème injection la plaie n'a plus 2.5 c. m. de longueur et ne suppure plus, le pied est désenflé et le malade a engraisé de deux livres.

5° Un homme, 48 ans, atteint de tuberculose-pulmonaire avec manifestation tuberculeuse de la plèvre. Peu de bacilles dans les crachats, à la cinquième injection il retourne chez lui non amélioré.

6° Un marin, atteint de tuberculose-pulmonaire "début" pas de fièvre, quelques bacilles de Koch dans les crachats. A la douzième injection disparition des bacilles de Koch et ne tousse plus, à la 20ème injection nouvel examen des crachats pas de bacilles, le malade a engraisé de 7 livres il se sent parfaitement rétabli et retourne chez lui. Une lettre reçue de lui le 12 mars dernier, m'annonce que le mieux se continue et qu'il a engraisé de 22 livres.

7° Une jeune femme, atteinte de tuberculose-pulmonaire

avec manifestation polyarticulaire, l'articulation prise étant surtout la hanche qui est très douloureuse et la force de marcher avec beaucoup de difficulté. L'examen des crachats révèle de nombreux bacilles de kock, à la 10ème injection elle se sent beaucoup mieux, les bacilles ont diminué de moitié et les symptômes sthétoscopiques beaucoup améliorés, elle marche avec plus de facilité. Cette malade fera le sujet d'une autre communication. Elle est en ce moment sous les soins des docteurs Richer et Anderson.

8° Une jeune femme atteinte d'adénopathie tuberculeuse opérée en 1899, 1901, 1902 avec récurrence. A la 20ème injection les douleurs ont disparu et il ne lui reste plus qu'un seul ganglion sur le cou.

9° Un jeune homme, 20 ans, atteint de tuberculose-pulmonaire, avec fièvre et toux: à la 10ème injection fièvre diminuée, plus de toux, il a augmenté de deux livres.

10° Un jeune homme de 30 ans, l'examen des crachats révèle la présence de bacilles de koch. A la 10ème injection nouvel examen des crachats, pas de koch, amélioration de la toux et diminution d'expectoration.

Donc, mon expérience avec le sérum Marmorek jusqu'à ce jour se résume à ceci: Disparition des bacilles de koch; augmentation du poids; amélioration de la toux; abaissement de la température dans certains cas; diminution de l'expectoration, et, dans les cas de tuberculose dite *chirurgicale* arrêt de la suppuration.

En présence de ces résultats, incomplets, je l'admets, et de ceux obtenus par Monsieur Marmorek, vous conviendrez avec moi, monsieur le Rédacteur, que les injections de sérum ne sont pas aussi dangereuses que l'on semble le croire dans certains milieux, et que ce sérum sera appelé avant longtemps à jouer un rôle prépondérant dans la phtisiothérapie.

Vous remerciant de votre bienveillante hospitalité,

J'ai l'honneur d'être,

Mon cher monsieur,

Votre bien dévoué,

Dr L. J. LEMIEUX.

Montréal, 10 mars 1904

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE ANGLAISE DE MONTRÉAL

Séance du 4 Mars 1904

Présidence de M. le Dr U. BIRCKETT

I. — DR LAPHORN-SMITH lit un travail sur le "*Rein Mobile*." Le conférencier après en avoir donné la symptomatologie, explique la raison d'être des symptômes pathologiques à distance. Les troubles de l'estomac seraient dus à la pression sur le pylore; — les troubles hépatiques, par obstacle à une bonne circulation du cholédocque causée par le rein prolabé; — les troubles en région appendiculaire seraient le résultat d'une compression sur la veine mésentérique. La torsion du pédicule rénal produirait une néphrite congestive, comme la coudure de l'uretère est cause de colique rénale.

Puis il parle de la difficulté de poser un diagnostic différentiel parfois entre une complication de rein flottant, une appendicite et une annexite.

DR HUTCHISON insiste sur la justesse des observations dernières du Dr Smith. Il cite à l'appui l'opinion de Ott, de St Petersburg et de Newman de Chicago.

DR ST JACQUES à l'appui de ce dernier point cite deux cas personnels d'intervention abdominale récemment faite, où, chez ni l'une ni l'autre des deux malades, le diagnostic différentiel entre appendicite ou annexite aiguës ne pouvait être fait: l'intervention étant indiquée d'urgence fut faite. Dans l'un des cas, même au cours de l'opération il fut impossible de préciser l'origine de la collection purulente, puisque l'appendice était gangrenée en même temps qu'il existait un abcès ovarien et une salpingite suppurée du même côté. Autant ces salpingites aiguës suppurées sont dangereuses autant les annexites chroniques le sont peu, puisque le pus de ces vieilles collections purulentes est stérile.

Dr fait de judicieuses remarques sur la bactériologie de ces collections purulentes du bassin et insiste sur la virulence des abcès aigus.

II. — DR HUTCHISON, chirurgien à l'Hôpital-Général, présente un très intéressant spécimen de "Pyo-néphrose calculeuse bilatérale avec tumeur tuberculeuse du rein gauche." Specimen fort intéressant montrant la déformation que subit l'organe et la dégénérescence qui gagne graduellement les deux uretères. Le conférencier fait la symptomatologie de l'affection et dans ses très judicieuses remarques insiste sur le respect que doit avoir le chirurgien pour le rein, tout endommagé qu'il puisse paraître. Son expérience lui a montré qu'il valait mieux ne faire dans les cas de suppuration rénale, généralement, qu'une néphrotomie d'abord, quitte à faire la néphrectomie plus tard. En tout cas ne faire la néphrectomie qu'après s'être assuré du bon fonctionnement du rein opposé. D'après son expérience, et ce qu'il avait vu, les séparateurs des urines n'avaient pas donné suffisante satisfaction. Sans se prononcer sur leur valeur réelle, leur application, pensait-il, devait être laissée à un spécialiste en affections urinaires.

DR MAC RAY pathologiste à l'Hôpital-Général présente le specimen qu'il commente ainsi: " Bassinets des deux reins dilatés et contenant du pus ont des parois épaissies. Un calcul phosphatique mou 2.5 par 2 c. m. est là encore dans le bassinets du rein droit, comme il en fut également trouvé un dans l'organe congénère. La substance rénale est parsemée d'îlots pâles indiquant des abcès multiples. Infection rénale ascendante, ayant débuté à la vessie. Dans la substance médullaire du rein gauche est une tumeur circulaire de 12 c. m. de diamètre, encapsulée, caséuse, de nature tuberculeuse. Le seul endroit où il fût ailleurs trouvé des traces de tuberculose fut dans les " ganglions bronchiques gauches. "

DR ST JACQUES félicite le conférencier sur son intéressante communication, et se range à son avis sur la nécessité de poser un diagnostic très précis complété par l'examen du fonctionnement du rein opposé. Il présente un rein tuberculeux, enlevé 48 heures auparavant à une jeune femme de 28 ans, dont voici l'histoire sommaire. Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. Femme qui a eu 4 enfants, à terme et vivants. Dernier accouchement il y a 8 semaines: tout normal. Rien de particulier durant la grossesse.

Quatre semaines après accouchement, va trouver son médecin pour douleurs aux reins. Une tumeur rénale est constatée et finalement la malade entre à l'hôpital. Femme pâle, amaigrie. Pouls au-dessous de 100, temp. 101 à 102 et, la veille de l'opération 104. Tumeur dure et matte dans la région rénale gauche. Le toucher vaginal fait sentir "l'uretère gauche dur, sensible et grossi." Les urines contiennent un peu de pus, pas de koch: 1300 gr. en 24 heures. Rien de particulier à l'utérus et aux annexes. Signes d'infiltration tuberculeuse au sommet du poumon droit. L'examen au cystoscope permet de constater un bas fond vésical légèrement congestionné et un orifice urétéral gauche béant en permanence. La néphrectomie lombaire donne un rein environ 5 fois la grosseur normale et parsemé d'ilôts caséux, quelques-uns étant en fonte purulente. Suites opératoires sans incidents, température tombe à la normal et la convalescence est rapide.

III. — DR FINLEY rapporte la très intéressante observation d'un jeune homme mort d'endocardite aiguë gonococcique. Début remontant à plus de 8 mois, — pas d'écoulement. Tout à coup le malade présenta des troubles respiratoires et cardiaques. Le diagnostic fût porté, précis, du vivant du malade.

—DR McRAY présente la pièce avec ces commentaires: cœur augmenté de volume, pesant 370 grammes: toutes les cavités uniformément dilatées. Muscle pâle et plutôt mollassé. Valvule aortique montre deux valvules légèrement touchées, la troisième surmontée de végétations jaunâtres plutôt fermes. Gonococques y furent trouvés en quantité, qui ne cultivèrent pas, lesensemencements donnant du Bac. pyocyanique. Il fut trouvé du gonococque dans l'urèthre à 2 pouces du méat.

—DR DUBÉ fait ressortir tout l'intérêt d'une telle communication, si précise en ses données pathologiques. Il rappelle l'insistance des chirurgiens de Paris sur la gravité de cette infection généralement considérée si banale, mais à tort. Pour lui cette affection est traîtresse et demande une thérapeutique sérieuse et suivie. Il insiste sur les complications articulaires si fréquentes qui en sont la conséquence et qui semblent presque se rire de nos efforts thérapeutiques.

E. ST JACQUES,
Correspondant.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 8 mars 1904

Présidence de M. VALIN.

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

RAPPORTS

I. — M. FOUCHER rapporte l'observation d'un malade frappé de cécité à la suite d'ingestion d'alcool méthylique. Le malade, déjà alcoolisé, avait pris durant la nuit, par erreur, un demi litre d'alcool méthylique, la perte de la vue est survenue le lendemain et aujourd'hui il y a une atrophie complète des deux nerfs optiques.

M. Foucher rapporte trois cas semblables cités par M. Buller dans le "Montreal Medical Journal" et plusieurs autres qui n'ont pas été publiés (voir plus haut).

DISCUSSION

M. LESAGE: suggère la nomination d'un comité chargé de faire un rapport sur cette question afin d'éclairer le public sur les dangers qui le menacent. Il propose que M. Foucher soit nommé rapporteur avec pouvoir de s'adjoindre.

M. LECAVELIER: Dans le cas rapporté par M. Foucher regrette le manque de renseignements au sujet du cœur et des reins du malade au moment de l'accident.

M. DUBÉ donne un résumé des différentes transformations que subit l'alcool dans l'économie.

II. — M. MONOD rapporte l'observation d'une malade de 25 à 30 ans souffrant depuis trois mois d'une entorse de l'articulation scapho-cunéenne, nullement améliorée, comme douleur, par le port d'un appareil plâtré depuis l'accident.

Cette malade à l'examen présentait deux pieds plats. La

malade ne présentait aucun signe d'arthrite — mais était une rhumatisante.

Comme traitement 3 grammes de salicylate de soude par jour, repos au lit, massage, électricité — et quand la douleur fut disparue, port d'une semelle surélevée pour les deux pieds.

Avec ce traitement toutes les douleurs ont disparu au bout de dix jours.

DISCUSSION.

M. DUBÉ rapporte le cas d'une fille de 15 ans souffrant de pieds plats douloureux et chez qui le support plantaire a complètement fait disparaître la douleur.

III. — M. DEMARTIGNY donne lecture d'un mémoire sur la rétroversion utérine et son traitement, il passe en revue les différents procédés opératoires adoptés pour corriger la rétroflexion et se prononce en faveur de la suspension de l'utérus à la paroi abdominale par les ligaments ronds. Il rapporte les observations de sept malades opérées par ce procédé avec résultats très satisfaisants.

DISCUSSION

M. HARWOOD: La question soulevée ce soir par M. DeMartigny est très intéressante. Un grand nombre de procédés ont déjà été proposés pour corriger la rétro-flexion utérine. Chaque méthode peut avoir du bon — mais aucune, je crois, donne satisfaction complète. Celle proposée par M. DeMartigny semble excellente mais on pourrait lui reprocher de créer un espace libre entre l'utérus, la paroi abdominale et les ligaments, espace dans lequel les intestins pouvaient s'introduire. Kelly a proposé un procédé qui tout en fixant l'utérus à la paroi abdominale, lui permet cependant de changer de volume et de position. Il n'intéresse dans sa fixation que les deux surfaces péritonéales et il se produit un ligament suspenseur. J'ai pu constater moi-même à l'autopsie ces ligaments.

Séance du 22 Mars 1904

Présidence de M. VALIN.

PROCÈS-VERBAL

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

COMMUNICATION.

M. VALIN, présente M. Coyteux Prévost d'Ottawa, qui a bien voulu accepter l'invitation de venir donner une conférence devant les membres de la Société Médicale.

Il fait ressortir en termes heureux les qualités du conférencier qui sont celles du vrai médecin. Quoique éloigné de nous, dit-il, M. Prévost est une des nôtres et nous le prions de se considérer chez lui à Montréal, comme à Ottawa.

M. COYTEUX-PRÉVOST fait une communication sur la pathogénie de ce que l'on est convenu d'appeler le *choc opératoire*, et qu'il intitule *Parmi les tombes* (voir plus haut).

DISCUSSION.

M. LAMARCHE: Le conférencier vient de nous faire voir, au cours d'une promenade macabre " Parmi les tombes, " les envers de la chirurgie abdominale: il nous a aussi rappelé les merveilleux progrès accomplis par la chirurgie pendant ces dernières années.

Ces deux ordres d'idées réveillent chez moi la pénible constatation que de toutes les branches de la médecine, c'est l'obstétrique qu'a le moins bénéficié de ces éclatants progrès — et que l'accoucheur est le plus actif pourvoyeur du gynécologue.

Le matériel moins abondant et moins accessible, d'une part, la gêne instinctive de la femme enceinte nullement ou vaguement consciente des dangers auxquels elle est exposée d'autre part, font souvent que l'élève en obstétrique et l'accoucheur acquièrent insuffisamment les connaissances requises ou ne peuvent appliquer à temps les moyens préventifs pour mener la grossesse à une issue favorable, — viciation du bassin, présentations vicieuses du fœtus, prodrômes de l'éclampsie — état

général défavorable etc, autant de conditions imprévues qui font de l'accoucheur le pourvoyeur responsable ou irresponsable du gynécologue.

Le temps des couches étant survenu — l'antisepsie présente à l'accoucheur de précieuses ressources — mais comme pour le chirurgien l'emploi effectif de ces ressources ne peut pas toujours être contrôlé par l'accoucheur — quelquefois même l'antisepsie employée à outrance ou hors de propos peut constituer un danger — il n'y a pas bien longtemps qu'on en faisait un usage abusif avant l'accouchement et qu'en voulant détruire un germe pathologique absent on enlevait aux organes génitaux leurs moyens de défense, leurs phagocytes — mettant en conflit les deux protecteurs de la parturiente — l'antisepsie et la défense physiologique de l'organisme, d'où l'infection qui pour être aujourd'hui relativement rare fait encore de trop nombreuses victimes et de trop nombreuses tributaires du gynécologue.

Le conférencier a traité son sujet à un point de vue qui a dû vous intéresser exceptionnellement. Nos journaux, vous le savez, ne proclament, le plus souvent, que des victoires plus ou moins éclatantes permanentes toujours la terminaison heureuse comme le mariage à la fin d'un roman de la vie heureuse. Aussi cette promenade dantesque à travers les tombes m'a-t-elle singulièrement intéressé par l'attrait de son instructive nouveauté.

J.-P. DÉCARIE,

Correspondant.
