

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /
Couverture de couleur
- Covers damaged /
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Traumatisme grave de l'orbite ayant intéressé le sinus maxillaire, ethmoïdal et sphénoïdal</i> , par le professeur FOUCHER.....	65
<i>Appendicéctomie</i> , par le Dr A. CHARBONNEAU, d'Ogdensburg, N. Y.....	68
<i>Un cas de thyroïdectomie partielle</i> , par le Dr O. F. MERCIER, de l'hôpital Notre-Dame.....	71
<i>De l'emploi des cultures atténuées comme moyen d'éviter les pseudo-réactions dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode du sang desséché</i> , par le Dr WYATT-JOHNSON, bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.....	74
LE SECOND CONGRÈS MÉDICAL PAN AMÉRICAIN.	
<i>Section d'obstétrique et de chirurgie abdominale</i>	76
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.	
<i>La fièvre hystérique</i> , (MOYROUD).....	78
<i>Le meilleur traitement de la gale</i> , (JULLIEN).....	79
<i>Adénopathie cervicale détective des néoplasmes abdominaux</i> , (DELASSUS)..	80
<i>Un procédé pour distinguer le sang normal d'avec le sang diabétique</i> , (WILLIAMSON).....	82
<i>De la diathèse urique</i> , (Société de Médecine de Londres).....	83
<i>Du traitement de la migraine</i> , (Société de Neurologie de Vienne).....	83
<i>Empoisonnement par le sublimé corrosif</i> , (RICHARDSON).....	84
<i>Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les applications d'essence de Wintergreen</i> , (HALIPRÉ).....	85
CHIRURGIE.	
<i>Congrès français de chirurgie sur le pied bot varus équin</i> , (BERGER).....	86
<i>Cure radicale au prolapsus utérin</i> , (FOLET).....	86
<i>Deux observations de septicémie suraiguë (érysipèle bronzé)</i> , (POTHERAT).	86
<i>Du myélome des gaines tendineuses et des aponeuroses</i> , (MALHERBE).....	87

(Voir la suite, page 3.)

" Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETZ.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant, et non caustique, composé d'essences ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique—dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses de toutes les régions, La Listerine occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la forme de gaz, d'éruptions acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que La Listerine est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par caillérisée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produira un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hæmaturie et irritation générale de la vessie.

Pamphlets descriptifs envoyés à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement de nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par W. LLOYDWOOD, Agent.

En écrivant mentionnez le journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,
MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a transporté son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

POUR UN MOIS SEULEMENT AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1.25
“ “ “ “	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Farenheit.

Seringues Hypodermiques.....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “North Star” Excellente Valeur.....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

<i>Du sulfate de soude comme hémostatique, (REVERDIN).....</i>	88
<i>Traitement des tumeurs blanches par les injections intra-articulaires, (CALOT)</i>	88
<i>Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne, (FOUGERAY).....</i>	89
<i>Chirurgie de l'estomac, (DOYEN).....</i>	90
<i>Du rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures, (HARTMANN).....</i>	90
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>Le traitement de l'infection puerpérale: curetage et curage de l'utérus (PINARD et WALLIOK).....</i>	91
<i>Traitement de l'avortement incomplet.....</i>	97
REVUE D'HYGIÈNE. — <i>Les fermes vaccinales en Prusse.....</i>	99
<i>Les dangers des cimetières.....</i>	100
<i>La contagion de la rougeole et de la coqueluche.....</i>	101
<i>La diphtérie et le croup.....</i>	102
REVUE DE PÉDIATRIE. — OZONE	104
<i>Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone.....</i>	104
<i>De la durée de l'incubation, et de l'époque de la transmissibilité de la coqueluche.....</i>	105
<i>Rechute et récédive de la rougeole.....</i>	106
<i>L'allaitement chez les albuminuriques.....</i>	107
FORMULAIRE. — <i>Rhumatisme articulaire aigu.....</i>	110
<i>Goutte.....</i>	110
<i>Detersif des cavités nasales dans la rhinite atrophique et hypertrophique.....</i>	111
BULLETIN MÉDICAL. — <i>Le traitement chirurgical de l'appendicite.....</i>	112
<i>Le traitement chirurgical des gibbosités.....</i>	114
<i>Le diagnostic par les rayons X.....</i>	118
<i>L'antiseptie chez le barbier.....</i>	118
COURRIER DES HOPITAUX. — <i>Hôtel-Dieu, Hôpital Notre-Dame.....</i>	119
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — <i>Les droits du médecin traitant.....</i>	123
<i>L'Association Médicale Britannique.....</i>	124
CHRONIQUE	126
BIBLIOGRAPHIE	128

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, **MONTREAL.**
BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés. Discompte de 5% au comptant.

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries Gaiffe (de Paris);
 Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé),
 Dubois, etc.

La plus soignée et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

GALANTE FILS

FABRICANTS D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

2, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

TROUSSES ET INSTRUMENTS
pour Dissection et Anatomie
INSTRUMENTS ET APPAREILS DE TOUTS GENRES
pour la Physiologie

Collections complètes
d'Instruments pour Amputations,
Résections et Trépanations.

TROUSSES & BOITES MÉTALLIQUES

VIDES ou GARNIES
pour Médecins, Chirurgiens
et Accoucheurs.

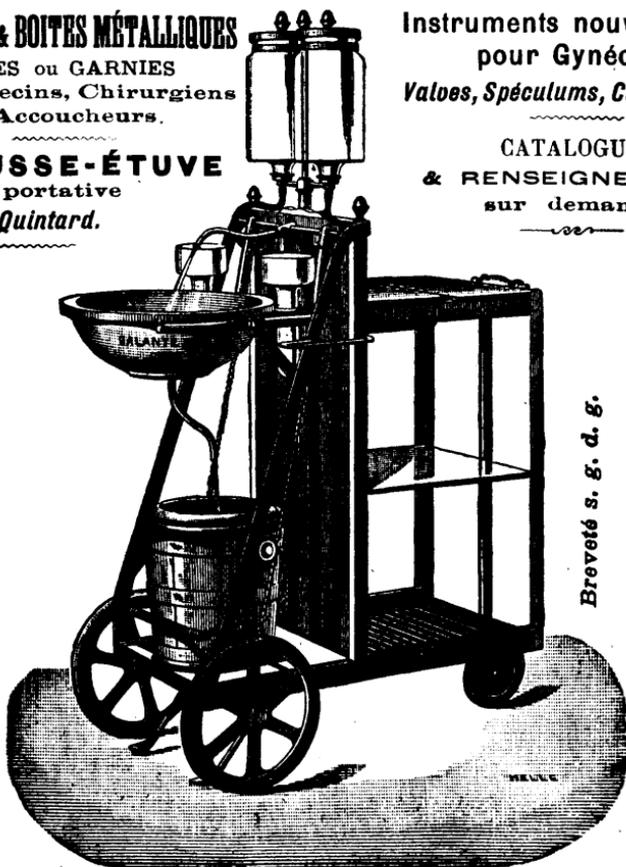
TROUSSE-ÉTUVE

portative
du Dr Quintard.

Instruments nouveaux
pour Gynécologie :
Valves, Spéculums, Curettes, etc.

CATALOGUES
& RENSEIGNEMENTS
sur demande.

Seringues stérilisables du Prof. DEBOVE
18 modèles, tous de capacités différentes.



Breveté s. g. d. g.

Seringues stérilisables du Prof. DEBOVE
18 modèles de 2 grammes à 135 grammes.

CHARIOT-LAVABO.

MOBILIER OPÉRATOIRE ASEPTIQUE

Lavabos fixes et pliants. — Chariots-lavabos à 2, 3 et 4 fontaines. — Fontaines de tous genres, à supports fixes, à élévation, à treuil, etc. — Vitrines en glaces pour instruments. — Étagères fixes et mobiles. Tables à opérations.

INSTALLATIONS, DEVIS et PLANS SUR DEMANDE

N° 24

AGENTS POUR LE CANADA :
Dr Ed. MORIN & C^{ie}, rue Saint-Jean, à QUÉBEC.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAUMATISME GRAVE DE L'ORBITE AYANT INTÉRESSÉ LES SINUS : MAXILLAIRE, ETHMOÏDAL ET SPHÉNOÏDAL

Par le professeur FOUCHER

Quoique les traumatismes des parois de l'orbite soient des accidents qui se présentent assez fréquemment au cours de la pratique, il y en a qui offrent des particularités remarquables. — Le cas suivant est de ce nombre, il nous a paru offrir plusieurs points de vue intéressants.

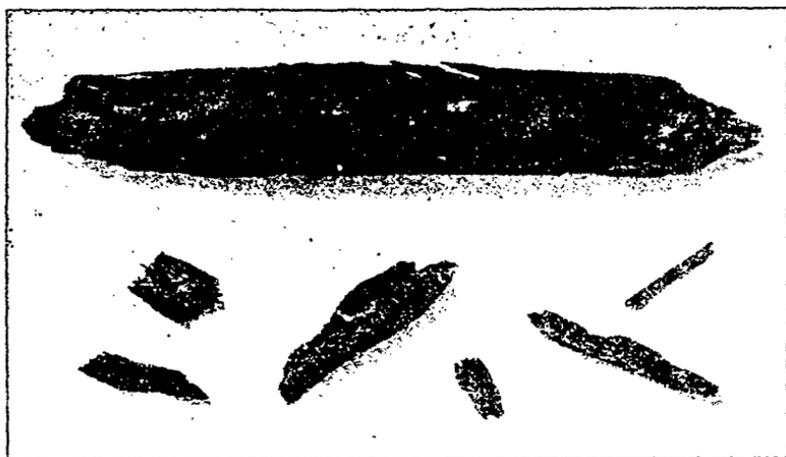


M. A. B., cultivateur âgé de 51 ans, était occupé à abattre un arbre, le 18 février 1893, lorsqu'une branche vint le frapper à la région de l'œil et l'étendit sur le sol, privé de connaissance. Le patient ignore combien de temps il est resté ainsi, mais, quoiqu'affaibli par une perte de sang abondante, il put reprendre le chemin de sa maison en laissant sur la neige une trace de sang indiquant son passage.

Il ne tarda pas à s'affaïsser de nouveau, épuisé de fatigue, et fut ramassé par quelqu'un, qui heureusement passait par là, et ramené chez lui exsangue et à moitié gelé. Un médecin appelé en toute hâte prodigua les soins nécessaires et constata une large blessure en dessous de l'œil. Un gonflement s'y était déjà produit, mais le médecin put apercevoir l'extrémité libre d'une branche qui

s'enfonçait dans l'orbite et en fit l'extraction. Ce morceau, représenté ci-après, mesure 8 centimètres de long sur à peu près deux centimètres dans son plus grand diamètre. Des pansements consécutifs ont été faits, mais la plaie, large et profonde, est devenue le siège d'une suppuration abondante et fétide. C'est dans cet état que le patient nous a été amené, le 8 février 1896, trois années après la date de l'accident.

Voici ce qui a été constaté au moment de son admission dans notre service à l'hôpital Notre-Dame : large ouverture à la partie inférieure de l'orbite, laissant échapper un pus sanieux fétide en grande abondance. Ectropion de la paupière inférieure, dénudation de la paroi inférieure de l'orbite, enfoncement de



Copeaux de bois enlevés : grandeur naturelle.

cette paroi dans le sinus maxillaire. La sonde rencontre là des masses molles qui saignent facilement. Prolongée directement en arrière, elle s'étend très loin dans la direction du sphénoïde, vers le centre du sinus. La sonde butte vers cet endroit sur des parois rugueuses donnant la sensation d'os dénudés. L'acuité visuelle est normale des deux côtés. Traitement : lavages de la cavité avec solution de cyanure de mercure, tamponnement à la gaze iodoformée ; renouvelé 2 fois par jour. Après deux semaines de traitement, la suppuration continuant aussi abondante qu'auparavant, le patient fut chloroformisé, le sinus maxillaire plus largement ouvert et cureté de masses de tissu granuleux. Lavages et tamponnement à la gaze iodoformée continués. Pendant que l'on pratique un de ces lavages l'injection déplace un petit morceau de bois du fond de la plaie. Ceci nous donne à penser que d'autres corps étrangers logés profondément dans l'orbite entretiennent la suppuration. Le sinus maxillaire est exploré de nouveau avec la curette sans y rien trouver d'anormal, la partie postérieure de la plaie orbitaire est sondée et l'on découvre un corps rugueux mobile, semblant avoir une attache très profonde vers le sommet de l'orbite. À l'aide d'une pince, en opérant des tractions modérées de va et vient, nous apportons au dehors un autre copeau de bois de deux centimètres de long sur 4 millimètres de diamètre.

Une nouvelle application de la sonde fait constater la présence d'un autre corps rugueux moins mobile que le précédent mais lui ressemblant par le degré de consistance. Craignant de produire des déchirures graves en enlevant ce corps étranger de force, craignant surtout qu'il s'agisse cette fois d'un sequestre de nécrose intéressant la base du crâne, nous avons fait continuer les pansements antiseptiques de la plaie. Quelques jours plus tard, en constatant que le corps étranger était devenu plus inobile, nous en avons opéré l'extraction, avec quelque difficulté, mais sans accident autre qu'une légère hémorrhagie qui n'a pas tardé à s'arrêter. Il s'agissait cette fois encore d'un copeau de bois mais plus volumineux que le précédent, il mesure 3 centimètres de long sur à peu près 5 à 7 millimètres de diamètre. La sonde appliquée dans le fond de la plaie ne donna plus la sensation de corps étranger. En mesurant du bord antérieur et inférieur de l'orbite au fond de la plaie, l'espace occupé par la sonde mesure 6 centimètres, sa direction est d'arrière en avant, de dehors en dedans, sur un plan presque horizontal avec le bord inférieur de l'orbite.

Le traumatisme a donc intéressé la voute du sinus maxillaire, le massif de l'éthmoïde et en dernier lieu le sinus sphénoïdal à la face interne duquel le corps étranger a été s'arrêter.

Les pansements furent continués comme auparavant et il s'opéra en peu de jours un changement notable, l'odeur de putréfaction disparut, la suppuration devint moins abondante, bref le patient était en voie de guérison rapide, lorsque le 22 mars la température s'éleva tout à coup à 104° F., annonçant le début d'un érysipèle de la face. Un injection de sérum de Marmoreck, pour la première fois employée à Montréal, semble avoir produit d'heureux résultats. Le patient a recouvré rapidement ses forces et quelques semaines plus tard, la plaie ne suppurant pas, il est retourné dans sa famille pour s'en rapporter à son médecin habituel pour le reste du traitement. Il nous est revenu en octobre dernier, au bout de six mois, dans les conditions suivantes : la plaie orbitaire est encore largement ouverte quoique réduite de dimension, les bords sont nets, le fond de la plaie, examinée au spéculum, est rose ; la sonde ne découvre nulle part de portions osseuses nécrosées. Les pièces de pansements ne sentent pas mauvais en les enlevant, il y a un peu de sécrétion muco-purulente. L'acuité visuelle de l'œil gauche a baissé à 20/70, de normale qu'elle était en janvier dernier ; il n'y a pas trace de névrite optique, mais il s'est produit un astigmatisme oblique de six dioptries, selon la règle, ce qui explique suffisamment le changement remarquable survenu dans l'état de la vision.

En résumé, l'intérêt qui se rattache à ce cas tient aux faits suivants : le corps étranger vulnérant était de forme irrégulière, de gros volume, projeté avec force dans l'orbite et il a fait son chemin en labourant les parois osseuses de l'orbite sans pénétrer dans le cerveau, sans même léser ni les vaisseaux importants qui se distribuent à l'œil, ni les nerfs, ni les muscles, sans entraîner d'infection secondaire ni du côté du globe de l'œil, ni des méninges, ni du côté des vaisseaux (thrombophlébite). Enfin, le patient a échappé au danger d'une hémorrhagie, d'une congélation, d'une attaque d'érysipèle de la face. Si aujourd'hui, quatre années après l'accident, l'œil commence à se ressentir d'un aussi

grave traumatisme, ce n'est pas parce que l'inflammation et l'infection se sont propagées à cet organe, il a résisté à ces assauts prolongés, mais c'est uniquement parce que l'affaissement du plancher de l'orbite, et les trairillements imprimés à l'œil et aux paupières du côté lésé ont déterminé une pression sur le globe de l'œil et changé le rapport de la réfraction des différents méridiens de la cornée et aussi parce que les deux lignes visuelles ne peuvent plus concourir au même point de mire, d'où diplopie gênante et amblyopie consécutive. De là l'impossibilité de corriger pratiquement l'astigmatisme et même la nécessité d'exclure cet œil de la vision binoculaire. C'est pourquoi nous avons accolé les paupières ensemble dans une certaine étendue, et aussi dans le but de lutter contre l'ectropion de la paupière inférieure et de protéger la cornée contre les influences nuisibles extérieures.

APPENDICITOMIE

Par le Dr A. CHARBONNEAU, d'Ogdensburg, N. Y.

Un cas récent d'appendicite que j'eus à traiter en consultation avec mon frère, me mit en mémoire un article paru dans l'*Union Médicale*. (Mars 1894)

M. le Dr Benoit, de St-Albert, T. N. O., l'auteur du dit article, parle du traitement médical de l'appendicite sub-aiguë et tend à prouver qu'on peut guérir définitivement un cas authentique d'appendicite seulement par l'emploi des opiacés, des lavements et des compresses froides. Je ne nie pas que M. le Dr Benoit, dans le cas rapporté, fut particulièrement heureux et je l'en félicite cordialement ; mais la guérison si heureusement obtenue s'est-elle maintenue ? Voilà le point à élucider ; point difficile à éclaircir si le Dr Benoit a perdu son malade de vue.

Disons d'abord un mot du traitement médical. Que peut bien faire l'opium dans ces cas ? sinon masquer cette maladie, ce vert rongeur qui finit presque toujours par triompher de la vie de sa victime si nous n'intervenons pas énergiquement. Ici je rappellerai les deux définitions que M. le Dr Robert T. Morris du *Post-Graduate* de New-York, donne de l'opium :

1° " Une drogue qui stupéfie plus le médecin qui la donne que le patient qui la prend."

2° " Une drogue qui généralement soulage la détresse du médecin, qui sans elle serait forcé de faire quelque chose de rationnel pour le patient qui a mis sa confiance en lui."

Donc inutile d'attendre une guérison avec l'opium. C'est bien l'idée que je m'étais formée de son emploi dans les cas d'appendicite. Les compresses froides et les lavements sont certainement plus rationnels ; car tous les deux tendent à diminuer l'inflammation, les premières par action directe, les seconds par dérivation, et peuvent quelquefois retarder la suppuration ; c'est bien là tout le bien qu'on peut en attendre. Souvent, il est vrai, nous sommes réduits à ne

donner que du soulagement ; mais ce n'est pas là le but ultime de nos connaissances. Nous devons toujours tendre à produire une guérison permanente, et dans ces cas, nous ne pouvons l'obtenir que par une intervention sanglante. Et je citerai à l'appui de cet avancé, la conclusion du travail du Dr Courtois-Suffit. (Traité de Med., III page 484) sur l'appendicite :

“ L'appendicite, dit-il, est *complètement passée dans le domaine de la chirurgie.*” M. le Dr Benoit, qui cite le même ouvrage, n'avait donc pas lu cette conclusion lorsqu'il écrivit : “ Notre but était de prouver, à l'aide d'un cas de notre pratique, que l'on pouvait être très malade d'une appendicite et en réchapper sans une intervention chirurgicale.” Oui, sans doute, d'une première, d'une seconde attaque et plus ; mais ce n'est pas sans faire courir les plus grands dangers à notre malade et encore nous ne pouvons jamais affirmer qu'il n'y aura pas de récidive. Guérison permanente et radicale, voilà le but que nous devons atteindre.

Quand devons-nous opérer ? aujourd'hui tous les chirurgiens s'accordent à dire que les chances de succès sont d'autant plus grandes que nous opérons de bonne heure et même selon le *British Medical Journal*, l'opération précoce donne au malade son unique chance de guérison. C'est tout-à-fait rationnel ; car les adhérences qui se produisent généralement dans ces cas, seront d'autant plus fortes et par conséquent, d'autant plus difficiles à rompre que nous aurons laissé les attaques se répéter plus souvent. Toutefois nous est-il toujours loisible d'opérer de bonne heure ? Non ; car souvent il est très difficile d'obtenir le consentement du malade surtout lors d'une première attaque. Le cas que nous eûmes à traiter, mon frère et moi, nous en fournit un exemple :

Il y a dix-huit mois passés, M. F. T., se présentait à notre bureau se plaignant de douleurs fixes dans la fosse iliaque droite, douleurs qu'il avait déjà ressenties auparavant, mais qui n'avaient pas nécessité le secours d'aucun médecin. Nous l'examinâmes attentivement et nous tombâmes d'accord sur le diagnostic : Appendicite. Nous l'avisâmes alors qu'il ne pouvait espérer une guérison sans se soumettre à une opération ; mais notre malade ne voulut pas y consentir. Nous étions donc réduits à le traiter médicalement, ce que nous fîmes avec succès apparent, car deux mois après notre malade souffrait d'une seconde attaque ; même traitement médical, même succès apparent. Une troisième attaque survint, notre malade cette fois consulte un autre médecin qui promit de le guérir et il le fit ; mais temporairement. Une quatrième attaque survint, notre malade alla encore une fois demander la guérison à un autre médecin qui le traita avec le même résultat ; mais les attaques, comme nous le lui avions prédit, se répétaient de plus en plus fortes et sévères. Enfin une cinquième attaque survint encore plus sévère que ses sœurs aînées et notre malade cette fois-ci, comme l'enfant prodigue, revint nous demander une guérison par n'importe quel moyen en notre pouvoir. C'était le 28 novembre dernier. Nous l'examinâmes de nouveau et décidâmes sur le champ de l'opérer. Nous pouvions parfaitement sentir à la palpation que l'appendice était plus volumineux sans toutefois être immobile. Nous l'opérâmes avec succès le 1er décembre. L'opération fut des plus faciles ; car comme nous nous y attendions, nous ne

trouvâmes aucune adhérence ; nous pûmes alors facilement attirer l'appendice et le cœcum à travers notre petite incision abdominale, ligaturer le mésentère et l'appendice séparément ; puis enterrer le moignon de l'appendice dans les parois du cœcum. Notre malade fit une convalescence non interrompue sans que la température ne s'élevât plus que d'un demi degré les deux premiers jours. Et aujourd'hui, quinzième jour après l'opération, notre malade commence à marcher dans sa maison et mange à table avec sa famille sans ressentir la moindre douleur.

Maintenant dans quelle condition avons-nous trouvé l'appendice ? Que serait-il advenu sans une opération ?

Avant de répondre à ces deux questions disons un mot de l'anatomie de l'appendice. Le Dr J. A. Fort, (Anat. III, page 207) le décrit ainsi : " L'appendice vermiculaire du cœcum est un petit cordon, vestige du pédicule de la vésicule ombilicale du fœtus ; il est fixé au sommet du cœcum et renversé tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Il est presque toujours appliqué contre le muscle iliaque. Cet appendice, ordinairement creux—trop heureux mortels, s'il ne l'était jamais—communique avec l'intérieur du cœcum par un orifice plus ou moins étroit. La longueur varie depuis 4 à 10 centimètres." A lire cette description sommaire, on a l'idée d'une véritable queue attachée au cœcum ; il a certainement cette apparence ; mais Fort oublie de dire que le péritoine recouvre cette queue à la manière d'un voile, lui formant ainsi un mésentère presque restreignant ainsi sa mobilité. Toutefois le point important à noter et sur lequel j'attire spécialement l'attention, c'est que l'appendice n'est en rapport avec le cœcum que par sa base et que, par conséquent, dans le cas que nous opérâmes, nous n'aurions jamais pu obtenir l'heureux résultat que le Dr Benoit obtint avec son patient ; résultat d'ailleurs qu'il explique en disant : " Il y a probablement eu un abcès qui s'est vidé dans l'intestin." Je suis porté à croire que l'explication est juste ; mais si cet abcès causé probablement par la présence d'un corps étranger dans le canal de l'appendice, s'est vidé dans l'intestin, c'est que ce corps étranger fut chassé du canal de l'appendice par la même porte par laquelle il y était entré ; sinon l'abcès se serait ouvert dans le péritoine et aurait causé une péritonite fatale. C'est bien du moins ce qui serait arrivé dans le cas que nous opérâmes. L'appendice était rétréci à son milieu et présentait l'aspect d'un bout de saucisse que le boucher aurait étranglé au milieu afin de former deux parties égales et distinctes. Il existait au milieu de l'appendice une stricture très forte qui oblitérait entièrement la lumière du canal de l'appendice et empêchait toute sécrétion d'en sortir. Cette stricture, causée probablement par la présence intérieure d'un corps étranger (car je n'en trouvai aucun) s'était progressivement rétrécie : d'où explication des attaques répétées et toujours suivies d'amélioration passagère. La stricture avait cédé devant la pression exercée par les sécrétions accumulées dans la cavité de l'appendice ; mais maintenant cette stricture était arrivée à un degré de résistance telle qu'elle n'aurait jamais plus laissé s'échapper les sécrétions accumulées dans le canal de l'appendice ; du moins j'essayai en vain d'expulser par une pression digitale très forte le liquide que cet appendice contenait. Que serait-il donc arrivé

dans ce cas ? M. Talamon (Traité de Méd. III, page 476), m'en donne une explication très claire et très précise. " Les microbes, dit-il, qui existent en permanence à la surface de la muqueuse, pullulent et se multiplient dans le liquide stagnant de l'appendice oblitéré comme dans un vase clos. Ces microbes inoffensifs à l'état normal et impuissants contre des éléments sains, triomphent sans peine de ces éléments privés du liquide nourricier, ils pullulent de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice et par un ou plusieurs points finissent par les perforer et par faire irruption dans le péritoine." Voilà le dénouement fatal que nous évitâmes par une opération mais que nous n'aurions jamais pu enrayer par aucun traitement médical.

Je termine en citant de nouveau le Dr Morris. " Ce sujet d'appendicite, dit-il, m'est très sensible. De mes amis sont morts à la fleur de l'âge parce que leurs médecins attendaient pour voir s'ils ne prendraient pas de mieux sans une opération. Quand ils furent un peu plus mal, ils eurent des consultations avec des confrères et ces confrères donnèrent bon courage et espoir à leurs familles anxieuses en décrivant des cas semblables qui avaient fait la plus belle guérison. Finalement quand mes amis étaient morts, le médecin disait : Voilà ! "Ceux-là étaient des cas pour une opération précoce !" Donc dans tous les cas d'appendicite n'oublions pas d'opérer de bonne heure et nous n'aurons jamais à regretter d'avoir manqué à notre noble mission.

15 Décembre 1896.

UN CAS DE THYROIDECTOMIE PARTIELLE

Par le Dr O. F. MERCIER, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

Vers la fin de juin 1896, Melle G..... vint à mon cabinet me consulter, sur la recommandation de mon excellent ami le docteur Trudeau, qui me l'envoyait pour lui faire enlever un énorme goître kystique, situé du côté droit et ayant englobé tout ce lobe de la glande thyroïde jusqu'à l'isthme lui-même.

Melle G..... avait déjà subit autrefois une amputation du sein gauche pour des kystes de la mamelle, opération qui avait parfaitement réussi, à part une légère suppuration qui avait pris quelques mois à se tarir ; mais dans ces temps datant de peu mais cependant si éloignés déjà, les cancers guérissaient beaucoup mieux après une bonne et louable suppuration : du moins le disait-on.

D'un commun accord, nous fixâmes la date de l'opération pour le commencement de septembre.

Le goître ne causait aucune gêne à la respiration ; cependant je n'eus aucune hésitation à proposer l'opération, quoique la dyspuée en soit bien la principale indication.

La tumeur s'était développée réellement outre mesure, mesurant pas moins de quatre pouces par deux, avec une épaisseur égale à sa largeur, s'étendant de

l'angle du maxillaire inférieur jusqu'à l'extrémité interne de la clavicule, derrière laquelle elle se prolongeait un peu. Ce n'était pas par conséquent un ornement pour Melle G..... qui malgré ses 44 ans était encore très soucieuse de son apparence. De plus, depuis plus d'un an elle avait de la tachycardie, accompagnée d'une excitabilité nerveuse excessive. Des frissons répétés qu'elle attribuait à sa tumeur lui causaient aussi un ennui considérable. Le développement du kyste, malgré toutes sortes de traitements se continuait quand même, et la malade, prête à tout, à courir tous les risques possibles, insistait avec beaucoup d'instances pour se faire opérer.

Je pratiquai l'opération le 2 septembre, la malade étant entrée à l'hôpital Notre-Dame depuis deux ou trois jours.

La malade étant bien sous l'influence du chloroforme, je pratiquai une longue incision en L descendant à environ $\frac{1}{2}$ pouce en avant de la jugulaire externe, puis, rendue près de la clavicule, tournant horizontalement et longeant à environ $\frac{1}{2}$ pouce la clavicule jusqu'à son extrémité interne. Je pus de la sorte avoir un vaste champ opératoire en même temps qu'une incision ne devant pas plus tard laisser beaucoup de trace.

La dissection de ce lambeau cutané fut des plus faciles, je n'eus qu'une chose à éviter : la jugulaire externe, chose qui d'ailleurs se fit aisément.

Ayant ensuite incisé et disséqué le paucier, le goître kystique me présente toute sa surface externe qui m'apparaît enveloppée de veines de tous calibres, dont la principale, la jugulaire interne, est appliquée tout le long de la partie postérieure de la tumeur. De suite je m'attaque à cette veine que je recule en arrière après l'avoir libérée, et séparée de plusieurs petites veines qui y prenaient leur naissance.

Je me mets alors à détacher la tumeur elle-même, en commençant par sa partie supérieure. J'atteins assez facilement la thyroïdienne supérieure que je coupe entre deux pinces, et je continue la dissection qui devient de plus en plus difficile à cause de la quantité si considérable de veines ou de veinules qu'il me faut couper.

Pour pratiquer mon hémostase, j'essaie de ligaturer au fur et à mesure les vaisseaux que je coupe, mais j'abandonne vite ce procédé, une couple de ligatures ayant échappé ; je me sers alors de préférence de pinces hémostatiques, à l'aide desquelles l'opération se pratique beaucoup plus facilement et plus rapidement. Je sectionne tous les vaisseaux entre deux pinces, opérant ainsi tout le temps presque à blanc. Le seul désavantage des pinces c'est d'encombrer quelque peu le champ opératoire, mais cet embarras, pour celui qui se sert habituellement de pinces, est peu important ; en compensation on a l'avantage d'opérer beaucoup plus rapidement et avec beaucoup plus de sûreté, étant certain que les pinces n'échapperont pas, comme le font si souvent les fils. J'ai eu dans ce cas au moins 25 pinces à la fois dans le champ opératoire, et je n'en ai été que très peu embarrassé.

Enfin je pince et coupe la thyroïdienne inférieure, et je complète ma dissection devenue facile, jusqu'à l'isthme de la glande que j'étreins d'un fil de soie, en arrière duquel je coupe et enlève mon kyste complètement libéré. Après

avoir mis des ligatures à la soie à la place de mes pincés, je referme en partie la plaie laissant une ouverture d'environ un pouce, à l'extrémité inférieure pour pouvoir tamponner à la gaze iodofornée ce coin qui saigne quelque peu.

La guérison s'est effectuée sans encombre à part un léger suintement de sang les premiers jours, qui ne m'a d'ailleurs causé en aucun temps la moindre crainte. Cependant la petite ouverture où j'avais mis le tampon a bien dû nécessairement se refermer par granulation, ce qui a pris un temps bien long, et qui s'explique par l'élimination devenue nécessaire de tous les fils à ligature que j'avais laissés dans la plaie. Malgré cette suppuration très longue, il n'y eut en aucun temps de symptômes inflammatoires, et la température ne s'est jamais élevée au-dessus de la normale.

L'état général de la patiente a toujours été bon tout le temps de sa convalescence. Un seul moment, après sa sortie de l'hôpital, elle eut un léger malaise que j'ai attribué à un refroidissement qu'elle aurait pris pendant son déplacement. La seule chose qui m'a donné un peu d'inquiétude, c'est un léger enrouement qui s'était montré immédiatement après l'opération, et qui a continué avec une tenacité réellement décourageante. Néanmoins la malade a toujours pu parler facilement et d'une manière tout-à-fait intelligible. J'ai attribué ce symptôme aux tiraillements que j'aurais pu avoir exercés sur le glosso-pharyngien que je n'ai pas vu d'ailleurs au cours de l'opération et que je n'ai certainement pas coupé.

J'ai revu mon opérée dernièrement, il y a environ huit jours. La fistulette qui était resée après l'opération suinte encore un tout petit peu, deux fils en étaient encore sortis la semaine précédente. A part cela Melle G..... est parfaitement bien, elle a pris de l'embonpoint d'une manière notable, embonpoint que j'ai bien pris garde de confondre avec le myxœdème qui chez elle n'existe certainement pas. Sa voix a recouvré toute sa perfection. L'appétit est excellent, le pouls est bien moins agité, et, me dit-elle : les sensations d'angoisse et les frissons qu'elle éprouvait avant d'être opérée, tout cela est complètement disparu.

La cicatrice est bien peu apparente. La branche descendante se trouve cachée par les plis du cou, et la branche horizontale par le faux col et la cravate.

Enfin, si tout continue de la sorte, je crois que l'opération aura parfaitement réussi.

Montréal, 21 Décembre 1896.

M. Innis, d'après le *Medical Record*, dit que l'essence de térébenthine, appliquée sur les brûlures aux 3 premiers degrés, soulage presque instantanément la douleur. D'après l'expérience de l'auteur, la brûlure guérit beaucoup plus rapidement qu'avec tout autre traitement. Il recouvre la partie brûlée d'une couche mince de ouate stérilisée qu'il tient imbibée d'essence de térébenthine du commerce. Quelques tours de bande immobilisent le pansement. S'il y a des ampoules, il les ouvre le second ou le troisième jour. Il recommande aussi de faire en sorte, si possible, que l'essence ne viennent pas au contact des parties saines de la peau ; elle pourrait y produire une irritation.

DE L'EMPLOI DES CULTURES ATTÉNUÉES

COMME MOYEN D'ÉVITER LES PSEUDO-RÉACTIONS DANS
LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR
LA MÉTHODE DU SANG DESSÉCHÉ. (1)

Par le Dr WYATT-JOHNSON, Bacteriologiste du Conseil d'Hygiène de la
Province de Québec.

Dans le cours de nos études sur le séro-diagnostic faites avec le Dr McTaggart, nous avons dernièrement rencontré une série de réactions partielles particulières dans lesquelles la solution du sang desséché provenant de personnes saines nous a donné une agglutination très marquée. Nous avons trouvé en outre que le sérum du sang de ces mêmes personnes était bien moins susceptible de produire ces pseudo-réactions. Ceci rendait moins facile l'exclusion des autres maladies fébriles, et comme, dans le séro-diagnostic, l'exactitude du résultat négatif est d'une importance pratique très grande, les personnes qui pourraient rencontrer des pseudo-réactions semblables seront peut-être heureuses d'apprendre comment on peut les éviter.

Nous n'avions pas rencontré ces pseudo-réactions avec les premiers cas expérimentés, alors que nous employions des cultures atténuées. Elles firent leur apparition durant le court espace où nous employâmes des cultures virulentes, et disparurent de nouveau quand nous reprîmes l'usage des cultures atténuées. Conséquemment, les cultures actives virulentes, intensifiées par des transplantations journalières et des cultures à la température du corps humain, ne sont pas favorables pour le séro-diagnostic avec le sang desséché. Là où l'on a employé que des cultures actives nous ne croyons pas que la méthode de diagnostic par le sang desséché ait reçu une épreuve satisfaisante.

L'explication de ceci, c'est que le sérum semble contenir relativement moins de substances causant l'agglutination que la solution du sang entier. Voilà pourquoi les solutions de sang complet réagissent avec plus d'intensité à l'épreuve que les solutions de sérum sanguin seul. C'est tout juste le contraire de ce que nous attendions.

Nous trouvons que les vieilles cultures de laboratoire, conservées à la température de la chambre et transplantées à des intervalles d'un mois, nous donnent les meilleurs résultats. Les bouillons de cultureensemencés avec ce matériel et cultivés pendant 12 à 24 heures à la température du corps humain réagissent d'une manière décisive avec des solutions de sang typhoïde ou de sérum typhoïde, et la réaction règle générale est bien marquée au bout de 15 mi-

(1) Lettre circulaire adressée au président du Conseil d'Hygiène de la Province.

notes. Ces mêmes cultures, avec des solutions de sérum ou de sang non typhoïde, ne donnent pas de réaction même après 24 à 48 heures de contact. Une injection intra-péritonéale de 1 c. c. de ce même bouillon actif de culture produit chez les cochons d'Inde une réaction sanguine marquée et l'immunité sans presque déranger la santé. Nous trouvons que l'on obtient les meilleurs résultats dans les cas de sang desséché avec les cultures où le mouvement, vu sous le microscope, a un caractère glissant et rapide, sans mouvements fuyants (mouvements de dard). Si le mouvement est lent à cause de la trop grande atténuation de la culture, quelques transplantations journalières à la température du corps humain le rendra plus actif. Nous n'avons pas trouvé qu'il est nécessaire de calculer le degré exact de dilution, dans les recherches habituelles de diagnostic, quand on emploie des cultures atténuées. La coloration légère de la goutte qu'on examine indique généralement une force suffisante. La solution ne doit pas être épaisse et visqueuse.

Tous les résultats que j'ai rapportés (*New-York Medical Journal*, 31 oct. 1896, et *British Medical Journal*, 5 déc. 1896), ont été obtenus avec des cultures atténuées. Nous avons préparé un rapport technique plus détaillé que nous enverrons à ceux qui désirent des renseignements plus précis.

N. D. L. R.—L'auteur désire citer un fait qu'il ignorait d'abord, c'est que Widal, dans ses premières expériences, établit que du sérum possédait encore après quatre mois de dessiccation ses propriétés agglutinatives. La bibliographie parue en Amérique n'avait pas jusqu'à dernièrement publié ce fait, qui n'était pas non plus signalé dans les articles du *Bulletin Médical* et de la *Semaine Médicale* consultés par l'auteur.

Le docteur Yersin, l'auteur du sérum anti-pestueux, est revenu en France chercher l'argent dont il a besoin pour poursuivre ses expériences. Il faut espérer qu'on ne refusera pas à ce savant les moyens de mener à bonne fin son œuvre humanitaire.

La teinture d'aloès trouve son application dans les cas de petites ulcérations (Coffin). Après avoir nettoyé et désinfecté l'ulcère, on le badigeonne avec la teinture d'aloès et on laisse sécher une demi-heure. Puis on applique le pansement consistant en un morceau de gutta percha laminé, de l'ouate et une bande. Le pansement est renouvelé après quatre jours. L'application de teinture d'aloès n'est douloureuse que durant les premiers moments.

Fermentations gastro-intestinales :

Résorcine bi-sublimerée.....	30 grs.
Eau chloroformée.....	5 onces.

Une cuillerée à bouche trois fois par jour.

D'après M. le docteur Frank Ely (d'Eastbourne), il suffirait pour faire avorter un refroidissement aigu, de pratiquer dès le début de cette affection une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'atropine et de $\frac{1}{4}$ gr. de morphine. Quelques minutes après, la pituitaire deviendrait complètement sèche et l'irritation de la gorge, les douleurs frontales et en général tous les symptômes morbides disparaîtraient définitivement dans le plupart des cas.

LE SECOND CONGRÈS MÉDICAL PAN AMÉRICAIN.

Mexico, 16, 17, 18, 19 novembre 1896.

Section d'obstétrique et de chirurgie abdominale.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX.

(Suite et fin.)

SOINS ET TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE Dr CLARK (États-Unis).

Dans les cas où la poche fœtale est située dans la cavité de l'abdomen, l'urgence de l'intervention chirurgicale ne s'impose généralement pas.

Dans les cas de grossesse extra-utérine au début, l'application des courants galvaniques ou faradiques peut arrêter la vie fœtale et favoriser l'absorption du produit.

La probabilité de la rupture du sac ou d'une artère est si imminente, surtout après le troisième mois, et le danger si grand du choc, de l'hémorragie ou de la septicémie consécutifs, qu'il faut toujours se tenir prêt à faire une laparotomie.

Quand la rupture survient et l'enfant continue à se développer, il faut agir suivant les circonstances.

Si la vie fœtale n'a pas dépassé le troisième mois, on doit conseiller d'enlever le fœtus par cœliotomie.

Quand la grossesse a dépassé six mois, on peut, avec les précautions nécessaires, la conduire jusqu'à la fin du huitième.

L'enlèvement immédiat du placenta est extrêmement dangereux; il faut quelquefois suturer le sac au péritoine et ne pas enlever la masse placentaire avant qu'elle ne soit contractée et séparée de ses attaches.

S'il est nécessaire d'enlever immédiatement le placenta, il faut placer un clamp et attacher les artères ovariennes et utérines.

Si le sac fœtal est adhérent, pour être enlevé, on en suture les bords au péritoine, et on fait du drainage.

Dans les cas de grossesse intra-pariétale, recourir à l'hystérectomie.

Lorsque la grossesse siège dans les trompes de Fallope, on peut contrôler l'hémorragie par rupture du sac ou des vaisseaux en allant, par une incision abdominale, ligaturer les vaisseaux rompus.

STATISTIQUES DE LA MATERNITÉ DE PUÉBLA Dr DE ITA (Mexique).

L'auteur décrit les méthodes antiseptiques qui ont permis de faire disparaître presque complètement dans la maternité les accidents puerpéraux et réduit la mortalité à $\frac{1}{2}$ pour cent.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN Dr MEDINA (Mexique).

L'auteur insiste sur la nécessité absolue d'apporter les soins chirurgicaux immédiatement après la production de la blessure, parce que l'inflammation peut s'établir très vite dans l'abdomen.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE ABDOMINALE Dr ORTIZ (Mexique).

L'auteur a rencontré dans sa pratique de campagne plusieurs cas de chirurgie abdominale qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° La laparatomie est beaucoup moins dangereuse qu'un bon nombre de chirurgiens ont longtemps pensé.

2° Il est bon et c'est même un devoir d'éclairer un diagnostic douteux par une laparatomie exploratrice qui est en même temps le premier pas vers une opération radicale.

3° La laparatomie est inoffensive et permet certaines interventions qui sans elle seraient impossible. Elle permet aussi de traiter, pour le plus grand profit du malade, certains désordres qu'on ne soupçonnait pas.

4° La simple incision abdominale guérit ou améliore certaines inflammations du péritoine.

APPLICATION DU COURANT CONTINU DANS DIX CAS D'ENDOMÉTRITE Dr O'FARRILL (Mexique).

L'auteur a traité ses cas par la méthode d'Apostoli légèrement modifiée ; il est d'opinion que l'électrolyse avec les métaux oxydables, dans les affections utérines, donne des résultats aussi certains et rapides que le mercure dans la syphilis et la quinine dans l'impaludisme.

L'OBSTRUCTION INTESTINALE Dr Woods (Etats-Unis).

L'auteur rapporte un cas assez curieux causé par une plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen. Le couteau avait percé le diaphragme, atteint le muscle iliaque, et il en était résulté une pleurésie traumatique suivie d'emphyème et d'abcès des muscles psoas et autres qui s'ouvrirent dans le dos et dans l'aîne. Le malade guérit, mais devint morphinomane, et c'est pendant qu'il se faisait traiter pour cette maladie à l'hôpital qu'il mourut d'obstruction intestinale : une partie du colon transverse s'était étranglée dans une ouverture du diaphragme.

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM COMME HÉMOSTATIQUE INDIRECTE DANS L'HÉMORRHAGIE ASTHÉNIQUE PASSIVE DE L'UTÉRUS Dr MACÉAS (Mexique).

L'étude que l'auteur a faite du médicament l'amène à conclure que l'iodure de potassium est un stimulant musculaire et cardio-vasculaire qui enlève toute exagération de la tension veineuse de l'utérus, qu'elle soit simple (hyperhémie) ou compliquée d'écoulement sanguin (hémorrhagie). C'est un médicament utérin décongestionnant et hémostatique, dont l'action est indirecte, certaine, puissante, de longue durée et non toxique. Il agit à la manière du sang normal, qui est l'excitant biologique de l'appareil circulatoire.

Indications : hémorrhagie utérine par dystrophie (générale, sexuelle), dyscrasie, obstacle mécanique, ou survenant dans les altitudes élevées.

LA DYSTOCIE AU MEXIQUE Dr CAPETILLO (Mexique).

Le bassin de la femme mexicaine a des dimensions spéciales, mais que l'on ne peut pas appeler défectueuses. Les bassins étroits y sont très rares.

Le périnée est plus court et la vulve plus étroite, relativement, que chez la femme européenne, ce qui cause de la dystocie pendant la troisième période du travail.

Les présentations vicieuses sont, par ordre de fréquence, celles de l'épaule, du siège, de l'occiput et de la face.

La rupture prématurée de la poche des eaux est assez fréquente, et due

surtout à l'administration d'une certaine herbe (*Montanea Fomentosa*) et aux manipulations que certaines femmes se font subir pour hâter leur délivrance.

L'insertion vicieuse du placenta et la prociidence du cordon sont fréquentes.

TRAITEMENT AMBULATOIRE DE CERTAINES FORMES DE MALADIES PELVIENNES Dr EMMA CULBERTSON (États-Unis).

L'auteur fait une étude des meilleures méthodes à suivre pour traiter les désordres pelviens des femmes pauvres, qui ne peuvent ni s'aliter ni cesser de travailler. Elle constate en même temps que ces femmes supportent avec aisance certains traitements que des femmes riches ne voudraient pas endurer chez elles

TRAITEMENT CLASSIQUE DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE Dr DE LA VEGA (Mexique).

L'auteur fait remarquer que le sérum antistreptococcique ne peut pas être le seul remède à employer, puisqu'il n'agit que contre le streptocoque. Il faut aussi faire de l'antiseptie locale.

Pour cela, trouver d'abord la porte d'entrée de l'infection, qui peut parfaitement être extra-utérine, ce qui rendrait les injections et le curettage inutiles.

En cas de doute, laver et l'utérus et le vagin.

Autres communications par les Drs Comstock, Hamilton, Price, Custon, Vander Veer, Wilson, Hachulen, Stansbury, Boldt, Little, Johnson, Bingham, Cushing, (États-Unis), Laphorn Smith (Canada), Norma (Mexique), Reed, Goff, Lee, Davis, Frank (États-Unis), Gutierrez, Alcalá (Mexique), Chestnut, Mitchell, Schwartz, Goss, Bishop (États-Unis).

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LA FIÈVRE HYSTÉRIQUE.—M. Moyroud donne, dans la *Loire Médicale*, une curieuse observation de cette affection encore discutée. Dans ce cas, chez cette malade, la température fut remarquable à deux points de vue : par son élévation et par son irrégularité. Elle a atteint 41°5, s'est maintenue pendant trois jours à 43° avec un thermomètre qui n'allait pas au delà. On n'eut que plus tard l'instrument nécessaire et il est probable que si on avait eu à temps un thermomètre marquant jusqu'à 50° au moins, on aurait pu noter des températures plus élevées encore. Celles-ci, en effet, bien qu'exceptionnelles, ont été observées, 44°5 et 45° par Raffaele, Vizioli et Lorentzen, 47°2 par Philipson, 50° par Téale. Par contre, il n'y a pas eu d'hypothermie, fait assez souvent signalé dans ces cas. Néanmoins, il y a eu de très grandes et de très rapides irrégularités, la température montant de 4 à 5° en quelques heures

M. Moyroud rappelle, à ce propos, la classification qui a été adoptée par M. Gilles de la Tourette pour les cas si dissemblables de fièvre hystérique.

Il reconnaît :

1° Des cas, et ce sont les plus nombreux, qui rentrent dans la pseudo-fièvre hystérique de Pinard ; c'est-à-dire un état fébrile plus ou moins complet avec

une température normale ou ne dépassant pas 38° degrés. "C'est l'image de la fièvre bien plutôt que la fièvre elle-même" Ce type est réel; c'est même le seul qui ait jamais été vu par Gilles de la Tourette;

2° Des cas où il se produit une élévation thermique au cours de manifestations hystériques, sans que celles-ci influent sur la fièvre pour lui donner un caractère clinique spécial; c'est la fièvre hystérique proprement dite;

3° Enfin, des cas où l'élévation de la température perd de son importance en présence des phénomènes concomitants qui dominent la scène. On croit de prime abord avoir affaire à une maladie splanchnique véritable, c'est la fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale de Boulay; ces formes cliniques peuvent être très variées; les principales sont les fièvres hystérique, pseudo-typhique, pseudo-méningitique, pseudo-paludéenne ou intermittente.

Ces accès hyperthermiques se terminent le plus souvent par une chute brusque de la température qui redevient normale; il n'y a pas de convalescence; le pronostic est bénin même dans les cas où l'hyperthermie et l'hypothermie ont été en apparence excessives.—(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

LE MEILLEUR TRAITEMENT DE LA GALE. par le Dr JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.—En 1878, visitant l'hôpital spécial de Naples, sous la conduite de feu Tantarri, professeur de syphiligraphie et dermatologie, je ne fus pas peu étonné de voir dans la salle de consultation des malades nus que des infirmiers peignaient du haut en bas d'un liquide de couleur brune. C'étaient des galeux auxquels on appliquait le traitement par le baume du Pérou. On me dit que ce badigeonnage constituait toute la cure, sans frictions, sans cette *frotte* violente considérée comme indispensable à Paris. Cette simplicité de moyens me frappa, et dès mon retour en France, je mis à l'essai la méthode napolitaine, à laquelle je suis resté fidèle. Toutefois je n'en ai acquis une grande expérience qu'au moment de mon entrée à Saint-Lazare où, comme on sait, les maladies produites par les acares sont fréquentes, si fréquentes que, avant 1890, il y avait une salle uniquement consacrée aux galeuses.

J'ai ainsi depuis six ans traité un bon nombre de femmes, mes registres font mention de 150, mais j'estime qu'un nombre au moins égal leur échappe, les malades étant, dès leur apparition dans les salles, enduites et guéries, si bien que mon expérience hospitalière peut être considérée comme basée sur plus de 300 cas, sans parler de ceux que j'ai observés en ville depuis 18 ans. Enfin tout dernièrement un de mes excellents internes, O. Descouleurs, a passé sur ce sujet une très bonne thèse, où l'on trouvera tous les détails désirables. Il nous apprend notamment que ce mode de traitement est signalé dès 1863 par Petters de Prague, puis par Burchardt, Nothnagel et Rossbach qui le préférèrent à tout autre, si bien que ce sujet presque neuf en France n'est pas loin d'être une vieillerie pour l'étranger.

Le Baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. On sait que placés sur un verre de montre et mis en contact avec les vapeurs sulfureuses, ces insectes peuvent rester 16 heures sans mourir, que dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich, ils vivent encore pour la plupart au bout d'une heure. O. Descouleurs, ayant placé 6 acares au contact du baume put constater que après 10 minutes deux étaient morts; trois autres mouraient au bout de vingt minutes, et le dernier les suivait bientôt. Burchardt les avait vu mourir entre 20 et 30 minutes et avait de plus reconnu que les œufs étaient frappés de mort. Il est donc à présumer que la *cinnaméine*, l'huile volatile qui d'après Frémy, est la partie essentielle, l'unique constituant même du baume du Pérou, et qui n'est en réalité qu'un *cinnamate benzilique*, tue le sarcopte par asphyxie à distance, en même temps que par une sorte d'action corrosive, et non par une simple imbibition qui le ferait éclater, puisqu'on sait qu'il peut vivre jusqu'à 7 jours dans l'eau à 30° (Hébra) et que Descouleurs l'a vu survivre plus de 3 h. $\frac{1}{2}$ à l'immersion dans la glycérine.

L'application du médicament est des plus simples. Pas de lotion savonneuse préalable, les matières grasses de la peau servant très utilement l'action du remède. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent par sa volatilité pénètre facilement dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer ; un bain de propreté est donné ensuite. Pour plus de sûreté je fais enduire mes malades le soir, et le bain est donné le lendemain ; ils restent ainsi dans l'atmosphère bienfaisante et agréable rappelant l'odeur du benjoin, mais cette condition n'est pas indispensable. Quand la maladie est invétérée, il n'y a nul inconvénient à prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation et est toujours bien supporté.

Employé systématiquement depuis cinq ans dans mon service de Saint-Lazare, ce remède s'est montré efficace dans tous les cas, sans en excepter des récidives graves et ancienne qui avaient résisté au traitement classique de l'hôpital Saint-Louis. Nous pensons qu'il est impérieusement indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impetigo, ecthyma, furoncles, chez les eczémateux, chez les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines gravides, les femmes en période menstruelle, et tous sujets auxquels les bains pour une raison quelconque sont interdits ; signalons aussi les nourrissons à épiderme délicat chez lesquels la frotte est mévitablement suivie de dermatite ou de strophulus.

En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'une odeur suave qui plaît et qui est particulièrement appréciée de la clientèle. Nous ne connaissons aucune contre-indication au baume du Pérou, et les plus chauds partisans des pommades sulfureuses sont bien forcés d'avouer qu'elles en reconnaissent un bon nombre.

J'ajoute enfin : ce traitement est *d'un coût modéré*. Le prix en gros du baume du Pérou est de 20 à 30 fr. le kilogr., soit 2 à 3 fr. les 100 grammes, 1 fr. à 1 fr. 50 pour une friction, qui au prix de détail peut revenir à 2 fr. 50. Dans les mêmes conditions, c'est-à-dire au détail, la pommade d'Helmerich coûte environ 1 fr. 20 les 100 gr soit de 2 à 3 fr 50 pour les 250 gr. qui sont généralement nécessaires.—*La France Médicale*.

ADENOPATHIE CERVICALE DÉFECTIVE DES NÉOPLASMES ABDOMINAUX.—Par le Dr DELASSUS.—*Journal des Sciences Médicales de Lille*.—Le diagnostic des tumeurs cancéreuses, à leur début et quand elles siègent sur les viscères profonds, reste toujours chose délicate, souvent impossible. On flairé bien le néoplasme, on le redoute, mais la certitude fait défaut et l'examen le plus minutieux ne permet pendant un certain temps autre chose que cette impression vague d'un danger.

Les cliniciens ont toujours recherché des symptômes ou des réactions qui fussent comme la signature du cancer latent.

Le Dr Troisier a particulièrement attiré l'attention du public médical sur la présence de ganglions à la région sus-claviculaire dans le cas de cancers profonds de la cavité abdominale.

La précocité des symptômes, la facilité de constatation du fait lui donnaient une valeur clinique considérable s'il était réel.

De nombreux travaux ont été publiés qui permettent de placer l'adénopathie sus-claviculaire parmi les signes les plus importants par leur signification dans les néoplasmes profonds.

L'auteur rapporte ici deux observations personnelles, qu'il fait suivre de commentaires. Puis il ajoute :

Tout ganglion du cou et toute adénopathie cervicale n'est pas symptomatique d'un cancer de l'abdomen.

Il faut qu'ils réunissent un certain nombre de caractères sur lesquels ont insisté les auteurs, ce que nous allons résumer d'après le travail fort intéressant du Dr Rousseau (Th. Paris, 1895).

Siège.—C'est dans le triangle sus-claviculaire, derrière la clavicule, qu'il faut trouver l'adénopathie, entre les faisceaux du sterno-mastoidien, immédiatement au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, parfois assez profondément en arrière d'elle.

Le siège de la tumeur est plus de 80 fois sur cent à gauche. La raison, tout anatomique, est facile à saisir. Qu'on se rappelle que le canal thoracique est l'aboutissant de la circulation lymphatique de tous les organes du bassin et de l'abdomen, tube digestif et annexes, appareils génital et urinaire; qu'il débouche dans l'angle de réunion des veines sous-clavière et jugulaire interne gauches, décrivant une sorte de crosse à concavité inférieure au niveau de laquelle viennent se souder les lymphatiques sus-claviculaires.

Des lors, on comprend que des cellules cancéreuses charriées par le courant du canal thoracique puissent refluer dans ces vaisseaux blancs venant de la région sus-claviculaire, juste au moment de la couture du canal et cela malgré les valvules qui, d'ailleurs ne sont pas constantes dans ces régions.

L'adénopathie à droite s'expliquerait soit par une infection veineuse soit par une propagation de proche en proche, par une sorte de chaîne de ganglions échelonnés le long de la colonne vertébrale, dans le médiastin postérieur.

Le même procédé de propagation peut produire les adénopathies gauches, mais leur intérêt anatomo-pathologique est infiniment moins grand que celui où les étapes intermédiaires sont restées indemnes.

Au début de l'affection, le ganglion est unique, puis peu à peu les ganglions du voisinage, pris à leur tour, s'accroissent à lui pour former une nouvelle masse.

Cette *unicité* de la masse est un caractère important de l'adénopathie détective et la distingue assez nettement d'affections voisines.

Dans nos deux observations ce caractère était franchement accentué.

Il en était de même de la *consistance* décrite comme dure, ligneuse, pierreuse même.

Mais nos deux faits ont dérogé à la règle sous le rapport de la *mobilité*. Dans les deux cas, la masse était adhérente aux parties profondes et chez la seconde malade, l'opération nous a montré que les muscles étaient envahis. Or d'ordinaire, le ganglion roule sous le doigt à moins qu'il ne soit profond et bridé par les aponévroses, ce qui n'était pas le cas ici.

Les *troubles de voisinage* étaient fort limités: un œdème passager de la face chez la première, quelques douleurs chez les deux ont seuls marqué l'action du ganglion sur les organes, vaisseaux et nerfs, du voisinage. Il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut être amené à enlever un ganglion même cancéreux quand il comprime douloureusement ou dangereusement un paquet vasculo-nerveux.

Quant à l'*évolution*, elle a été lente dans le premier cas. D'après les chiffres cités par Rousseau, la moyenne de survie après l'apparition du ganglion est de 2 à 3 mois, une durée de 6 mois est exceptionnelle. Dans notre premier fait, elle a été de 16 mois.

Pris en bloc, ces chiffres n'ont pas grande signification, car il faudrait établir deux points de grande importance: la marche de la propagation et la cause de la mort.

Si l'adénopathie est typique, je veux dire si elle résulte du transport de cellules cancéreuses par le canal thoracique *sans ganglions intermédiaires*, si elle est précoce et précède l'apparition des troubles fonctionnels de l'organe atteint, il est évident qu'elle s'accompagnera d'une survie plus grande que lorsque le ganglion n'est que le dernier grain d'un chapelet qui s'allonge peu à peu en même temps que l'infection s'aggrave chaque jour et depuis longtemps.

D'autre part, si la mort survient, causée par un trouble mécanique — obstruction des voies biliaires, rénales, digestives — la survie sera moins longue que lorsque la malade s'éteint lentement par cachexie.

La différence de survie chez mes deux malades s'explique précisément par

ces faits que l'une a succombé à des accidents hépatiques et que la première s'est littéralement éteinte, sans troubles fonctionnels persistants, par le seul fait de l'empoisonnement cancéreux, malgré les six ou huit œufs, le lait qu'elle absorbait et digérait chaque jour.

Le *diagnostic* doit surtout tenir compte de deux affections capables d'égarer le médecin.

Nous pouvons éliminer les maladies comme les adénites aiguës, les adénies et les lymphadénies que leurs caractères d'acuité ou de généralisation mettent à part.

Il reste la *tuberculose* et la *syphilis*.

Dans l'adénopathie *tuberculeuse*, les ganglions sont isolés, assez nombreux, volumineux et de consistance moins dure. L'âge du sujet, des lésions tuberculeuses dans d'autres organes corroboreront ce diagnostic.

Dans l'adénopathie *syphilitique*, les ganglions sont durs, mais disséminés au cou et à la nuque; les antécédents, les autres manifestations de la diathèse seront recherchés.

Le diagnostic s'éclairera si l'on constate dans les organes abdominaux des lésions et des troubles faisant songer à un néoplasme, mais il est évident que, dans ces cas, la valeur du ganglion de Troisier est grandement diminuée, puisqu'il n'est plus le révélateur, le détective, mais simplement un épiphénomène.

Néanmoins, il faut toujours se méfier de toute adénopathie cervicale dont on ne voit pas nettement la cause prochaine, chez les sujets qui ont dépassé la cinquantaine.

Pronostic.—Quand l'adénopathie cervicale détective se présente, précoce et nette, elle est de haute valeur. Elle fait connaître la triste vérité au médecin et lui permet d'annoncer longtemps à l'avance la gravité de la situation, et le public apprécie beaucoup ce talent de prophétisation d'un mal que rien ne révèle par ailleurs. Elle permet aussi de détourner le chirurgien d'une opération qui serait impuissante contre l'infection généralisée dont le ganglion est la marque.

Dans les cas douteux l'iodure de potassium est indiqué, au moins comme pierre de touche; dans les cas où le diagnostic est établi, le médecin est jusqu'à ce jour désarmé, la sérumthérapie n'ayant guère dépassé la zone des promesses.

Si quelque jour ces espérances deviennent des réalités, le ganglion de Troisier, net et précoce, sera une indication précieuse pour une vaccination contre une maladie dont il aura signalé les premiers pas et prévu l'envahissement.

UN PROCÉDÉ POUR DISTINGUER LE SANG NORMAL D'AVEC LE SANG DIABÉTIQUE.—Par le Dr WILLIAMSON.—*Concours médical*.—M. le Dr R. Williamson a fait à l'Association médicale britannique la communication suivante :

“ Ayant pu me convaincre que le sang diabétique constitue, à l'égard d'une solution saline chaude de bleu de méthylène, un décolorant beaucoup plus puissant que le sang des sujets sains, j'ai cherché à utiliser ce fait pour la diagnostic hématologique de la glycémie. Voici le procédé fort simple, auquel je me suis arrêté dans ce but :

“ On verse dans un tube à réaction 40 volumes d'eau, auxquels on ajoute 20 volumes de sang, obtenu par la piqûre d'un doigt du sujet en expérience et aspiré dans le tube capillaire de l'hémoglobimètre de Gowers. On additionne ensuite ce mélange d'eau et de sang de 1 volume d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à un six-millième et, enfin, on y verse 40 volumes d'une solution de potasse à 5,84 %. D'autre part, on prépare, comme moyen de contrôle, un second mélange composé exactement comme le premier, avec cette seule différence qu'au lieu de sang supposé diabétique, il contient la même quantité (20 volumes) de sang provenant d'un sujet sain. Les deux tubes sont ensuite

placés dans un récipient plein d'eau bouillante, où on les laisse pendant environ cinq minutes. Dans ces conditions, le liquide contenant le sang diabétique perd bientôt sa coloration bleue et devient jaune pâle, tandis que le mélange qui renferme du sang normal reste bleu comme auparavant ou bien prend une teinte légèrement violette ou gris bleu, mais ne devient jamais jaune pâle.

« J'ai examiné, au moyen de ce procédé, le sang d'individus sains et de cent vingt sujets atteints de maladies autres que le diabète, et je n'ai jamais constaté de décoloration du mélange préparé de la façon que je viens de décrire. Par contre, lorsque j'avais affaire à des glycosuriques, j'ai toujours obtenu la décoloration du mélange en question. Je ferai observer que, dans tous les cas de diabète que j'ai eu l'occasion d'examiner, il s'agissait de formes graves de l'affection. Il est donc probable que, dans les glycémies légères, les différences de réaction du sang diabétique et du sang normal, à l'égard de la solution de bleu de méthylène, peuvent être moins tranchées et même nulles, à moins qu'on ne modifie la proportion des divers liquides qui entrent dans la composition du réactif.

DE LA DIATHÈSE URIQUE, discussion à la Société de Médecine de Londres.—*Semaine Médicale.*

Dans la séance d'hier de la *Société de Médecine*, M. A. HAIG a relaté les résultats de ses expériences et observations cliniques tendant à établir que la prétendue diathèse urique n'existe pas en tant que résultat d'un trouble particulier des échanges organiques, mais qu'elle est la conséquence directe de l'ingestion habituelle d'acide urique en grande quantité et qu'elle disparaît lorsqu'on cesse l'usage des éléments riches en cette substance.

C'est ainsi que l'orateur a trouvé que lorsqu'on fait prendre de l'acide urique à un sujet en expérience, cette substance arrive dans le sang et apparaît ensuite dans les urines proportionnellement à la quantité qui a été ingérée.

La conclusion à tirer de ce fait pour la thérapeutique de la dyscrasie urique, c'est qu'il doit suffire de supprimer, chez les malades atteints de cette diathèse, l'usage d'aliments riches en acide urique pour voir disparaître peu à peu les dépôts uratiques siégeant dans diverses régions du corps. Et, en effet, par cette simple mesure diététique, l'orateur est parvenu à débarrasser un très grand nombre de sujets uricémiques des divers troubles dont ils souffraient, et cela d'une façon aussi complète que définitive.

M. RAGLAND THOMAS dit avoir eu l'occasion de se convaincre, chez nombre de ses patients, des effets remarquablement favorables du traitement recommandé par M. Haig. Cependant, il croit que même si l'on parvient à exclure complètement l'acide urique de l'alimentation, une certaine quantité de ce corps n'apparaîtra pas moins dans les urines.

M. HAIG fait observer que chez les sujets sains, l'acide urique et l'urée étant toujours formés dans la proportion de 1 à 35, ce rapport ne peut pas changer.

M. FORTESCUE FOX est d'avis qu'il y a lieu de distinguer deux variétés d'uricémie, dont l'une est une conséquence du régime alimentaire et peut par conséquent, céder aux mesures diététiques, tandis que l'autre doit être attribuée à une tare héréditaire des tissus et ne se laisse pas influencer sensiblement par le genre d'alimentation.

M. VAUGHAN HARLEY, partant du fait bien établi que l'acide urique se forme toujours dans l'organisme quel que soit le régime suivi, estime qu'il est logique d'admettre l'existence d'une véritable diathèse uricémique pour expliquer la formation en excès de cette substance dans certaines conditions pathologiques.

DU TRAITEMENT DE LA MIGRAINE, communications faites à la Société de Neurologie de Vienne.—*Semaine Médicale.*—Dans la séance du 5

novembre, de la *Société de Neurologie*, M. C. A. HERTER a fait une communication sur le traitement qu'il emploie avec succès dans la migraine, traitement basé sur l'hypothèse d'après laquelle les accès migraineux seraient toujours dus à une toxémie consécutive à des troubles digestifs. La première chose que, d'après l'orateur, on doit faire en présence d'une attaque d'hémicrânie, c'est de laver l'estomac avec de l'eau dont la température ne sera pas inférieure à 40°. Si, pour une raison quelconque, ce lavage ne peut être pratiqué on fait simplement boire de l'eau chaude au malade. En outre, on administre d'abord un purgatif, puis un lavement savonneux chaud. Lorsque ce traitement est institué dès le début de la migraine, il a non seulement pour effet d'apporter un soulagement considérable, mais souvent même il fait avorter l'accès.

M. ALLEN STARR se loue des bons résultats que lui a donnés dans la migraine le mélange purgatif connu sous le nom de "sel de Rachford", qui est composé de 10 parties de phosphate de soude, de 4 parties de sulfate de soude et de 2 parties de salicylate de soude. On fait prendre ce mélange le matin à jeun à la dose de 4 grammes (une drachme).

M. J. COLLINS recommande contre la migraine le mélange suivant : phénacétine, 15 grains ; salicylate de soude, 10 grains ; salicylate de caféine, 5 grains. L'orateur s'est également bien trouvé d'un mélange de teinture de gelsemium, teinture de belladone et acétate de potasse.

EMPOISONNEMENT PAR LE SUBLIMÉ CORROSIF—Par le Dr RICHARDSON.—*Union Médicale*.—L'observation relatée concerne un empoisonnement par le sublimé corrosif, dont les symptômes et l'évolution clinique sont intéressants à plusieurs titres.

Dans les symptômes, dit l'auteur, je relèverai seulement des manifestations gangreneuses multiples qui ont été cliniquement appréciables sur les muqueuses buccale et vulvaire. La gangrène de la vulve est assez rare dans l'empoisonnement par le sublimé pour qu'à ma connaissance elle n'ait pas encore été signalée. A défaut d'autres preuves, si la question ne me paraissait pas définitivement jugée, elle suffirait pour démontrer que dans l'intoxication par le sublimé, les gangrènes ne sont pas dues à une action locale, caustique, du poison. Elles sont bien manifestement d'origine générale et dues aux altérations du sang.

Dans cette observation, j'ai pu suivre jour par jour, l'évolution des plaques de gangrène de la bouche. La muqueuse de la bouche, saine le premier jour, s'est bientôt couverte d'ecchymoses étoilées, auxquelles ont succédé les eschares et les ulcérations gangreneuses.

L'évolution des symptômes généraux a présenté cette particularité, que les premiers jours la malade paraissait légèrement atteinte. Seuls, les vomissements et la diarrhée annonçaient l'empoisonnement ; puis, le cinquième jour, à la suite de selles sanglantes nombreuses, la situation s'est profondément modifiée. A la tranquillité des premiers jours a fait place le collapsus, dans lequel la malade a succombé.

Cette deuxième phase a répondu à la gangrène de l'estomac et de l'intestin. Si on admet, en effet, que les lésions gangreneuses suivent dans les organes la même marche que sur les muqueuses de la bouche et de la vulve, c'est vers le quatrième ou le cinquième jour que ces lésions ont dû se former dans l'intestin. Avec leur formation a coïncidé le collapsus. On peut ainsi admettre, dans l'intoxication par des doses massives de sublimé, deux périodes : une première période de troubles digestifs, sans réaction générale ; une deuxième période de collapsus en rapport avec la formation des plaques de gangrène. Chez ma malade, la première période a été marquée par une élévation de température qui a oscillé entre 37,5 et 38,5. Pendant la deuxième période, il y a eu un abaissement progressif de la température, qui est descendue à 35 degrés le dernier jour.

La quantité de poison absorbé n'a pu être fixée d'une manière certaine.

Elle a dû être considérable. La malade avait ingéré plus de 45 grains de sublimé. Une partie du poison a été rejetée immédiatement par des vomissements provoqués mécaniquement ; néanmoins, ce qui a été absorbé représentait certainement beaucoup plus que la dose toxique classique.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES APPLICATIONS D'ESSENCE DE WINTERGREEN.—Par le Dr HALIPRÉ.—*Tribune Médicale*, décembre 1896

M. HALIPRÉ a fort heureusement employé, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, les applications locales d'essence de Wintergreen, préconisées par MM. Launois et Linossier, de Lyon.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, atteint d'une forme classique de fièvre rhumatismale, avec douleurs extrêmement violentes, fluxions articulaires très accusées, se déplaçant pour revenir aux articulations primitivement atteintes ; complications cardiaques. L'affection dura 8 jours et la défervescence se fit en deux jours.

Les articulations ont repris toute leur mobilité, aucune déformation ne subsiste. Bien que ces bruits du cœur aient repris leur rythme régulier, il persiste certainement une lésion péricardique se traduisant par une voussure précordiale et par un bruit légèrement râpeux occupant la région de la base et se produisant au moment de la systole.

Les applications d'essences de Wintergreen ont réussi à calmer presque immédiatement les douleurs. Les élancements qui, dans les premières heures, avaient une très grande violence, se sont calmés dans les quelques heures qui ont suivi le badigeonnage. Les badigeonnages ont été faits chaque jour à trois reprises différentes et souvent deux fois au cours de la nuit.

Voici pratiquement comment on doit agir :

On passe sous l'articulation une large feuille de gutta-percha laminée. On verse directement l'essence à l'aide d'un flacon compte-gouttes. On peut aussi badigeonner, mais il faut opérer vite, car l'évaporation est très rapide. On relève la feuille de gutta-percha, on entoure de ouate et on fixe avec une bande. Quand la dose est un peu élevée, pour retenir le liquide qui tend à s'écouler, on peut disposer un petit carré de gaze ou une mince couche de coton hydrophile sur l'articulation. La dose quotidienne employée pour les badigeonnages peut être inférieure à la dose de salicylate de soude qu'on donnerait à l'intérieur.

Il n'y a peut-être qu'un inconvénient à signaler : c'est la forte odeur que répand l'essence de Wintergreen, odeur qui incommodé certaines personnes susceptibles.

Certains auteurs américains, Hare, Osler, etc., prescrivent la teinture de wintergreen (gaulthérie) à l'intérieur, à doses de 10 à 20 gouttes, et se disent très satisfaits du résultat.

Dyspepsie avec fermentations lactiques :

Craie préparée.....	15 grs.
Magnésie hydratée.....	15 grs.
S. n. de bismuth.....	1760 à 1730 gr.

Pour un paquet, à prendre en une seule fois dans un peu d'eau, une à deux heures après le repas.

CHIRURGIE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, NOVEMBRE 1896.

SUR LE PIED BOT VARUS ÉQUIN, par le Dr BERGER, de Paris.—*Revue de Chirurgie.*

M. Paul Berger adopte la plupart des conclusions du rapport. Les varus équins peuvent être traités, dans les premiers mois par les manipulations déroulement du pied, et l'orthopédie seulement, mais, le plus souvent, dès la première enfance, il faut faire précéder ce traitement de la ténotomie. M. Berger fait par la ténotomie sous-cutanée la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, pour éviter les cicatrices, mais il sectionne à découvert le tendon du jambier postérieur. M. Berger a revu de ses opérés au bout d'un temps très long, et même plus de vingt ans; les résultats physiques étaient bons, mais pas absolument complets; il persistait encore un peu d'adduction de l'avant-pied, le bord interne de celui-ci était élevé et concave, les orteils s'écartaient en éventail; le ventre des jumeaux était court, la jambe cylindrique. Quant au résultat fonctionnel il était parfait, la démarche ne différait en rien de celle d'une personne normale.

Dans le pied bot invétéré M. Berger donne la préférence à l'opération de M. Gross (astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme): l'astragalectomie seule ne remédie pas assez à l'enroulement du pied. M. Berger reproche à l'incision de Phelps de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, quand celle-ci est nécessaire. La résection n'est pas plus grave, elle ne donne pas de raccourcissement appréciable, elle corrige merveilleusement la difformité. Les résultats que M. Berger a pu revoir au bout de quelques années étaient très satisfaisants.

CURE RADICALE DU PROLAPSUS UTÉRIN, par le Dr FOLET, de Lille.—*Revue de Chirurgie.*

M. Folet insiste sur un point spécial de la pathogénie et du traitement opératoire des prolapsus génitaux. Il s'agit du rôle d'un faisceau musculaire à peine mentionné jusqu'ici: le releveur de l'anus (qui mériterait fonctionnellement le nom de releveur de l'anus et du vagin) présente un faisceau antérieur enveloppant tangentiellement le vagin, auquel il adhère latéralement sur une grande hauteur (voir thèse de Drapier, sur le *plancher pelvien*). Cette adhérence latérale solide équivaut physiologiquement à une insertion.

Dans l'opération complexe que nous pratiquons et qui comprend: amputation partielle de l'utérus, avivement de tout le vagin, périnéorrhaphie, le temps médian a surtout pour but de refaire, sous forme d'un anneau cicatriciel, une attache annulaire et dense au faisceau musculaire sus-indiqué, dont les fibres disséminées se ramassent d'ailleurs en un plan feutré. Que l'on suppose un cylindre en accordéon, une lanterne vénitienne où l'on aurait fixé des fils disséminés à la surface externe. Aplatissez la lanterne; les fils, se rapprochant, formeront un plan unique dont l'insertion sera d'autant plus solide qu'elle se fera sur une surface moins étendue. Un résultat analogue se produit chez nos opérés, le faisceau vaginal du releveur retrouve un point d'appui et peut rejouer son rôle physiologique.

DEUX OBSERVATIONS DE SEPTICÉMIE SURAIGÜE (ÉRYSIPELE BRONZÉ), par le Dr POTIERAT, de Paris.—*Revue de Chirurgie.*

Dans le premier cas il s'agit d'un égoutier, qui, en revenant de son travail, reçoit, au cours d'une rixe, un coup de pied, tombe et se fait une fracture de jambe ouverte, avec une plaie petite et anfractueuse. Malgré des lavages soigneux, faits presque aussitôt, les symptômes de la septicémie gazeuse apparaissent le troisième jour, occupant toute la jambe et une partie de la cuisse. L'amputation de la cuisse fut pratiquée séance tenante par M. Potherat, avec réunion du moignon. Dès le lendemain il fallut désunir, l'infiltration gazeuse ayant remonté plus haut. De larges incisions et d'abondants lavages enrayerent le mal, et, au bout de six semaines, le malade était guéri.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de soixante ans, qui avait reçu un coup de fusil dans le mollet, coup de fusil ayant entraîné des fragments d'un vêtement souillé de boue et de fumier. Dès le deuxième jour, septicémie gazeuse, à forme grave, étendue à toute la jambe. L'amputation ayant été refusée, M. Potherat pratique le nettoyage de la plaie, enlève les plombs et les morceaux d'étoffes, multiplie les larges incisions et les lavages antiseptiques. Malgré une nouvelle extension du mal, qui nécessita d'autres incisions, la guérison fut obtenue. La convalescence fut entravée par un érysipèle, une phlébite et une embolie pulmonaire.

De ces deux faits, M. Potherat tire des conclusions étiologiques et thérapeutiques. Il rappelle, avec Trélat, que la septicémie gazeuse éclate dans les plaies anfractueuses des membres souillés de matières organiques ou minérales. Au point de vue thérapeutique, il met au premier plan les larges incisions et les grandes ouvertures. L'amputation doit être employée en dernière analyse, et en pareil cas il ne faut pas réunir.

DU MYÉLOME DES GAINES TENDINEUSES ET DES APONÉVROSES, par le Dr MALHERBE, de Nantes.—*Revue de Chirurgie.*

M. Malherbe a eu l'occasion d'examiner sept petites tumeurs des doigts, de l'aponévrose palmaire et d'un orteil, dont six furent enlevées par M. Heurtaux et une par M. de Larabrie.

Ces tumeurs, dont la plus volumineuse était tout au plus grosse comme le pouce, chirurgicalement très bénignes et n'ayant de gravité que par leurs rapports avec les tendons, ont la structure des tumeurs à myéloplaxes. La plupart sont atteintes d'une dégénérescence grasseuse presque complète et toutes présentent des lobules plus ou moins dégénérés.

M. Malherbe croit qu'il y a lieu de séparer cette espèce de tumeurs des sarcomes, avec lesquels on les confond à tort.

En effet, ces tumeurs représentent un tissu adulte ou à peu près, la moelle des os; elles n'ont en dans aucun cas aucune malignité et leur place doit être fixée entre les fibromes et les ostéomes épiphysaires. Il convient de les appeler myélomes et non sarcomes myéloïdes.

On y rencontre trois espèces de cellules: 1° les myéloplaxes; 2° les cellules myéloïdes qui résultent soit de la désagrégation des myéloplaxes, soit de l'hyperplasie des cellules du tissu conjonctif, et enfin des cellules fusiformes ou étoilées, cellules connectives jeunes.

Ces éléments se développent aux dépens des cellules tendineuses et le présentateur n'a jamais pu saisir leur transformation en vaisseaux.

On peut suivre sur certaines préparations la transformation des cellules tendineuses en cellules myéloïdes ou en myéloplaxes.

Les vaisseaux sont pour la plupart absolument scléreux, ce qui explique la dégénérescence des tumeurs. Cependant certains capillaires de nouvelle formation ressemblent à ceux du sarcome. Le présentateur n'a pu se convaincre que ces capillaires provenaient des myéloplaxes.

Toutes les tumeurs à l'exception d'une contenaient du pigment. C'est ce pigment qui a été considéré comme de l'hémoglobine par divers auteurs et en particulier M. Pilliet. Le présentateur croit à l'origine hématique du pigment,

mais il ne croit pas à la formation des vraies globules rouges ; tout au moins il n'a pu en voir, pas plus que les globules rouges nucléés sur les préparations à l'éosine hématoxylique. En tout cas M. Malherbe ne considère point la pigmentation comme un phénomène pouvant aggraver le pronostic des tumeurs. Ce qui a contribué à généraliser cette idée, c'est la fréquence de l'union entre les néoplasmes malins et la mélanose ; mais pour lui la pigmentation n'est qu'un phénomène sans gravité propre. Le présentateur conclut en divisant les myéloplasmes, qui doivent être totalement séparés du sarcome, en deux groupes : le premier comprend les myélomes des os, le second les myélomes des gaines tendineuses et des tissus fibreux.

DU SULFATE DE SOU DE COMME HÉMOSTATIQUE, par le Dr REVERDIN, de Genève.—*Rev. de Chir.*

M. Reverdin a employé plusieurs fois avec succès le sulfate de soude à faibles doses (2 grains toutes les heures) dans des hémorrhagies capillaires graves, spontanées ou traumatiques ; en particulier dans un cas où l'hémorrhagie consécutive à l'extirpation d'une tumeur bénigne sous-cutanée avait résisté à tous les moyens depuis huit semaines et où l'arrêt de l'hémorrhagie fut immédiat, dans un autre cas d'hémorrhagie traumatique, dans des ménorrhagies, etc.

Cette médication employée par le professeur Kussmaul et conseillée par lui est, paraît-il, populaire dans le nord de l'Allemagne dans l'hémophilie.

M. Reverdin a cherché à déterminer le mode d'action du sulfate de soude expérimentalement ; administré aux animaux (lapin, cobayes) par ingestion avec la nourriture ou par injection intra-veineuse, il paraît avoir pour effet de rendre plus rapide la coagulation du sang ; administré par injection sous-cutanée, il n'en a pas été de même dans les expériences de l'auteur.

Dans les cas cliniques on ne devra pas employer les injections sous-cutanées, mais administrer le sulfate de soude par la bouche.

TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES PAR LES INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES, par le Dr CALOT, de Berk-sur-Mer.—*Rev. de Chir.*

Les injections d'éther iodoformé ou de naphtol camphré guérissent les abcès symptomatiques des tumeurs blanches, aussi bien que ceux qui communiquent avec la cavité articulaire que les autres. Cela ne peut être, avec les injections d'un liquide aussi diffusible que l'éther iodoformé, que grâce à la modification et même à la guérison des lésions de la jointure.

Cette constatation—à savoir que les injections faites dans les abcès communiquant avec la jointure amenaient la guérison de la tumeur blanche—a conduit M. Calot à traiter systématiquement et d'emblée les tumeurs blanches par les injections intra-articulaires.

Il a traité 24 tumeurs blanches de cette manière avec l'éther iodoformé et le naphtol camphré. Il commence par des injections de naphtol camphré jusqu'à concurrence de huit injections, en les faisant à deux ou trois jours d'intervalle. Après la huitième injection de naphtol camphré, il fait deux à quatre injections d'éther iodoformé.

Cette période des injections a duré dix à trente jours, pendant lesquels le malade accuse parfois de légères souffrances ou même un petit mouvement fébrile. Puis, la cavité articulaire bien vidée par l'aspirateur, on fait une bonne compression de la jointure avec de l'ouate et des bandes plâtrées.

Cette deuxième période de compression a une durée égale, un mois environ. Après quoi le malade est laissé en liberté. Le traitement est fini.

Vingt-deux fois sur vingt-quatre, la guérison a été complète : il s'agissait cependant de cas graves que tout le monde aurait traités par la résection et qui auraient demandé au moins un an pour être guéris par les autres moyens.

Dans deux cas seulement, le résultat resta douteux ; c'est-à-dire que les malades mis sur pied (il s'agit de tumeurs blanches du genou) conservèrent de

la sensibilité de la jambe et une certaine impotence : mais il s'agissait de sujets âgés de vingt-cinq à trente ans et malades depuis quatre et cinq ans. Peut-être sera-t-on obligé de réséquer ces deux malades, ou tout au moins de leur faire une arthrotomie, mais on fera ces deux interventions dans des conditions meilleures que si on y avait procédé d'emblée.

Dans trois cas de tumeurs blanches du coude ainsi traitées, le malade a recouvré la presque totalité des mouvements. Dans les autres cas, il persiste de la raideur, mais non une ankylose complète.

Les observations portent sur quinze cas de tumeurs blanches suppurées et neuf cas de tumeurs blanches non suppurées, mais celles-ci datant déjà de plus d'un an, sans aucune tendance à la guérison et ayant déjà aboli la mobilité de la jointure.

Dans le cas de distension de la cavité articulaire par la suppuration, ce procédé est applicable en toutes les régions. C'est ainsi que M. Calot a pu traiter par cette méthode trois coxalgies suppurées et une tumeur blanche suppurée du cou-de-pied.

Lorsque la tumeur blanche est sèche, ce n'est que dans le coude et le genou que M. Calot a employé jusqu'à ce jour ce traitement.

En résumé, les injections intra-articulaires amènent la guérison de presque toutes les tumeurs blanches, mais elles ne sont pas pratiquement possibles dans toutes les régions.

En outre, elles laissent presque toujours une notable raideur de la jointure ; il ne faut donc y recourir dans le cas de tumeur blanche sèche que lorsque cette raideur existe déjà et qu'il s'agit d'une forme rebelle.

Dans les cas de tumeurs blanche suppurées, l'on peut et l'on doit y recourir d'emblée.

La méthode thérapeutique qu'on vient d'indiquer, se recommande : 1° par son efficacité merveilleuse ; 2° parce qu'elle abrège notablement la durée du traitement ; 3° parce qu'elle est à la portée de tous les médecins.

ÉTUDE SUR LES ABCÈS DU COU CONSÉCUTIFS AUX INFLAMMATIONS AIGUES OU CHRONIQUES DE L'OREILLE MOYENNE, par le Dr HAMON DU FOUGERAY.—*Rev. de Chir.*

De nombreuses observations cliniques démontrent que certains abcès ou phlegmons du cou reconnaissent pour origine l'inflammation aiguë ou chronique de la caisse du tympan.

Ces abcès ou phlegmons se manifestent dans les diverses régions latérales du cou. Au point de vue pathogénique on doit les diviser en deux classes : 1° abcès directs ; 2° abcès indirects.

La première comprend les abcès du cou qui dérivent du foyer purulent tympanique sans intermédiaires. Dans ce cas l'infection suit la voie lymphatique directe. On peut en admettre deux variétés : 1° abcès du cou se manifestant alors que la caisse est seule enflammée ; 2° abcès du cou se manifestant alors que la caisse et l'apophyse sont enflammées.

La seconde classe comprend les abcès qui sont le résultat de la propagation de l'inflammation primitive de la caisse à d'autres organes. Ils peuvent être divisés en deux variétés : 1° abcès du cou par pénétration directe du pus sortant des cavités de l'apophyse par une perforation osseuse ; 2° abcès du cou consécutifs à une thrombose du sinus et de la jugulaire interne.

Au point de vue du mécanisme de ces abcès, on voit qu'ils peuvent se produire de trois manières : 1° par irruption du pus sortant de l'apophyse perforée et se répandant dans les tissus du cou sous-jacents ; 2° par la voie veineuse ; 3° par la voie lymphatique.

Il en résulte que le siège de ces abcès varie suivant leur mode de formation, et l'on comprend ainsi que dans certains cas, ils puissent à eux seuls amener la mort.

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC. par le Dr DOYEN, de Paris.—*Rev. de Chir.*

M. Doyen a l'un de premiers recommandé la gastro-entérostomie pour la guérison des cas invétérés d'ulcère et d'hyperchlorhydrie. Les résultats éloignés, dont certains datent de plus de quatre ans, sont excellents et d'autant plus satisfaisants que l'évacuation de l'estomac est plus parfaite.

Les malades mangent de tout, et à l'exception de deux ou trois cas où un léger changement de direction post-opératoire de l'anse jéjunale et la mauvaise situation de l'orifice à la face antérieure du réservoir gastrique est la cause d'une stagnation relative des ingesta et de malaises fréquents, les opérés jouissent d'une santé parfaite et "ne sentent pas leur estomac."

Les opérations pour les lésions d'estomac sont actuellement un nombre de quatre-vingt-quatorze, dont quatorze simplement exploratrices, vingt-cinq pour cancer et cinquante-cinq pour ulcère ou hyperchlorhydrie, donnant pour ces derniers, nos premiers cas compris, une statistique intégrale de 20 p. 100 d'insuccès. Actuellement, on obtient aisément des séries de huit ou douze guérisons consécutives.

La question est donc jugée au point de vue des résultats thérapeutiques et cette opération commence à ne plus encourir les critiques du début et à être acceptée des chirurgiens les plus compétents.

Le manuel opératoire seul est sujet à discussion. Or, d'après les observations, jamais, à part un des premiers cas de suture en raquette, les sutures ne sont coudées. Depuis longtemps, M. Doyen n'emploie que deux plans de suture au lieu de trois. À part le choc, qui entre en ligne de compte chez les malades très faibles, les coutures et la mauvaise direction du jéjunum, après la rétraction de l'estomac, sont donc les causes principales d'insuccès. M. Doyen pense donc qu'il faut attacher un soin particulier à disposer l'anse jéjunale descendante de manière à ce que, dans aucune situation, il ne puisse se produire de reflux dans le duodénum. Et dans ce but, on ne saurait trop préconiser l'ingénieuse suture en Y de M. le Dr Roux, de Lausanne.

Quant au bouton de Murphy, M. Doyen le trouve comme tous les boutons analogues, y compris les plaques de Senn, absolument défectueux. Il porte le même jugement sur l'entéro-anastomose par sphacèle, qui n'a même pas le mérite d'être un procédé nouveau et a déjà été proposé, avec quelques modifications de détail, à l'étranger.

L'avenir jugera, mais on ne peut que taxer de puérile et de rétrograde une méthode d'entéro-anastomose basée sur la crainte chimérique d'ouvrir au cours de l'opération le calibre de l'intestin.

DU RÉTRÉCISSEMENT CICATRICIEL DU PYLORE CONSÉCUTIF AUX BRULURES—SON TRAITEMENT PAR LA GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE, par le Dr HARTMANN, de Paris.—*Rev. de Chir.*

À la suite de l'ingestion dans l'estomac de liquides caustiques, la mort rapide est la terminaison habituelle (17 fois sur 25 cas, d'après Gohle). Quelques malades survivent cependant. On voit alors se développer une sténose cicatricielle du pylore à marche rapide. C'est ce que nous avons observé chez un malade que nous avons eu à soigner en décembre 1894.

Cet homme, âgé de cinquante ans, avait absorbé le 2 août 1891 un demi-verre d'acide chlorhydrique. Après une période d'accidents bruyants (douleurs, vomissements, diarrhées, il avait eu le douzième jour une gastrorrhagie avec état syncopal. Puis tout avait paru momentanément s'arranger. Mais bientôt, douleurs, vomissements, amaigrissement progressif l'obligèrent à entrer dans le service du professeur Hayem. En présence de la cachexie progressive, ce dernier conseilla au bout de quelque temps une opération chirurgicale.

Le 3 janvier 1895, nous pratiquâmes la gastro-entérostomie antérieure avec double surjet à la soie. L'estomac est rigide et piqueté de rouge, néanmoins les fils ne coupent pas les tissus.

Dès le lendemain, nous donnons à notre opéré un demi-litre de lait et une demi-bouteille de champagne ; le septième jour, nous commençons les œufs, puis l'alimentation solide, et la guérison survient sans incident en quatre mois et demi. Après l'opération, le professeur Hayem a étudié la digestion gastrique de notre opéré et a pu constater l'accomplissement d'une véritable digestion stomacale. Aujourd'hui, vingt-deux mois après l'opération, il se porte et digère parfaitement.

En pareils cas, d'autres chirurgiens ont eu recours à la pyloroplastie : tel un chirurgien russe, Kadiane, qui l'a pratiquée trois fois. Une de ses malades est morte, la pyloroplastie ayant été pénible, le rétrécissement n'ayant pu être franchi que par un cathétérisme rétrograde pratiqué de l'intestin vers l'estomac. Une autre de ses trois opérées commençait, neuf mois après, à avoir des troubles gastriques.

Au contraire, les malades traités par la gastro-entérostomie sont restés guéris. Tel les faits rassemblés par Köellner, tel celui récemment présenté à l'Académie de médecine par notre collègue Lejars. La gastro-entérostomie nous semble indiquée dès que le diagnostic de sténose cicatricielle est posé. Comment la pratiquer ? Je crois que la gastro-entérostomie antérieure est le procédé le plus simple. Après avoir employé le bouton de Murphy, je suis revenu au double surjet à la soie, fait avec une aiguille de couturière maniée directement à la main.

Dans ces derniers temps on a tenté de faire revivre ici-même, en les modifiant quelque peu, les vieux procédés de gastro-entérostomie en deux temps préconisés par Pentsnikow, par Bastinelli. Nous croyons que les chirurgiens qui font très simplement et très rapidement un surjet imperméable, réunissant par première intention muqueuse à muqueuse, n'iront pas s'embarasser d'un procédé qui ne permet pas l'alimentation immédiate et qui donne une eschare, par conséquent une plaie suppurante, peut-être susceptible, en cas de guérison, de subir une rétraction cicatricielle ultérieure.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

LE TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE : CURETTAGE ET CURAGE DE L'UTÉRUS.—Par MM. le professeur PINARD et le Dr WALLICH.

Depuis l'application de la méthode antiseptique pendant le travail de l'accouchement et les suites de couches, on a vu disparaître les terribles épidémies de fièvre puerpérale, dont le souvenir n'est pas encore perdu. Mais, si à l'heure actuelle on ne voit plus ces épidémies, on voit des femmes atteintes d'infection puerpérale ; les unes en meurent, les autres y gagnent de graves affections chroniques de l'utérus et des annexes. Il ne suffit donc pas, quand on assume la responsabilité d'un accouchement, de mettre en œuvre toutes les mesures devant assurer la prophylaxie de l'infection, il faut encore être prêt à combattre avec vigueur cette infection, quand elle se déclare, malgré les efforts faits pour l'éviter.

Les moyens mis en œuvre contre l'infection sont connus de tous : injections intra-utérines, curettage, irrigation, traitement médical, traitement chirurgical, sérothérapie ; mais ces moyens demandent à être judicieusement maniés, en temps opportun, avec méthode, pour agir efficacement. Jusqu'ici cette thérapeutique méthodique, appuyée sur des faits nombreux, restait à établir. MM. Pinard et Wallich ont comblé cette lacune, en publiant leur livre, qui indique au praticien la conduite à tenir en face d'une femme infectée après un accouchement ou un avortement, et ce qu'il faut faire contre les manifestations pré-

coces, ou contre les manifestations tardives de l'infection dans la période des suites de couches.

Avant de traiter l'infection, il faut savoir la reconnaître, et, ce qui est plus difficile à l'heure actuelle, l'avouer. Il faut surveiller l'accouchée avec le thermomètre et prendre le pouls matin et soir. Il n'y a plus de fièvre de lait, une élévation de température ou une accélération du pouls doit être considérée comme la première manifestation d'un état infectieux qui, s'il est abandonné à lui-même, donnera bientôt lieu à des accidents plus bruyants.

Voyons quelle est la conduite préconisée par MM. Pinard et Wallich.

A la première alerte : il faut faire une *injection intra-utérine*, mais injectée intra-utérine bien faite dans l'utérus et non pas seulement dans le col.

Nous ne pouvons ici entrer dans les détails du manuel opératoire indiqué par ces auteurs.

Cette injection intra-utérine peut être suivie d'une baisse de la température et la thérapeutique se borne à cette injection. Mais si la température remonte ou même se maintient élevée, il faut pratiquer le curettage de l'utérus.

Le *curettage* de l'utérus, suivant ces auteurs, doit être pratiqué avec une curette large, mousse, montée sur un long manche, afin d'atteindre le fond de l'utérus à terme, sans courir de dangers de le perforer. L'opération est faite sans recourir au chloroforme; elle n'est pas douloureuse, si l'on prend certaines précautions bien nettement indiquées.

Après avoir observé un cas de mort consécutif à l'introduction d'air dans le sinus utérins, après un curettage pratiqué le lendemain de l'accouchement, MM. Pinard et Wallich croient qu'il est prudent de ne pas pratiquer le curettage avant la fin du troisième jour des suites de couches. On évitera aussi de pratiquer un trop grand nombre de curettages, on se contentera jusque-là d'irrigations intra-utérines intermittentes ou continues.

Après le curettage la température peut, suivant ces auteurs, affecter trois types différents :

- 1° Type à chute définitive.
- 2° Type à chute progressive.
- 3° Type ascendant.

Si la chute est définitive, une simple injection intra-utérine 24 heures après le curettage marque la fin du traitement.

Si la chute se fait progressivement, on pratique toutes les 24 heures une injection intra-utérine jusqu'au retour de la température à la normale.

Si enfin, après le curettage, la température remonte, MM. Pinard et Wallich conseillent de pratiquer le lendemain un nouveau curettage et, si cela est possible, l'irrigation continue après le curettage.

Telle est, dans ses grandes lignes, la méthode préconisée par ces auteurs dans le traitement de l'infection après l'accouchement.

Après l'avortement l'infection doit être l'objet du même traitement : mais une condition, c'est que le curettage avec la curette soit toujours précédé d'un *curage digital*, d'un nettoyage avec le doigt qui permette d'extraire les débris placentaires adhérents, que la curette ne fait que déchirer.

Il nous a paru intéressant de reproduire in extenso le manuel opératoire du curettage et du curage de l'utérus tel que ce livre l'a exposé avec une grande netteté.

« Au point de vue du MANUEL OPÉRATOIRE du curettage, disent MM. Pinard et Wallich, nous distinguerons deux cas : ou bien l'on pratique le curettage chez une femme qui vient d'accoucher à terme, ou dans les trois derniers mois ou bien on pratique cette opération après un avortement. »

« On a discuté sur la question de l'anesthésie : les uns conseillent le chloroforme, les autres disent qu'il n'est pas nécessaire. Après avoir anesthésié les femmes pendant un certain temps, nous y avons complètement renoncé. Les conditions qu'on trouve chez les femmes en état puerpéral sont très différentes

de celles de l'état non gravide, et nous ne discutons que sur ce qui se passe dans l'état puerpéral. C'est un fait banal dans la pratique obstétricale, que les femmes anesthésiées pour subir une opération ont une tendance à saigner beaucoup plus que les autres. Dans le curetage *post partum* nous avons fait la remarque que les hémorragies étaient assez abondantes, parfois même inquiétantes. Aussi avons-nous abandonné l'anesthésie pour cette raison, et nous nous en félicitons; d'autant plus qu'à l'heure actuelle nous sommes parvenus à pratiquer le curetage sans occasionner la moindre douleur, et nous nous prononçons nettement contre l'anesthésie, qui est inutile et peut-être dangereuse."

"La femme est placée en travers et au bord du lit, le siège débordant, deux aides fléchissent et écartent les cuisses, plaçant le genou de la malade dans leur aisselle; ils ont ainsi une prise solide sur l'opérée, et disposent de leurs deux mains pour aider. On lave soigneusement la vulve au savon et au biiodure et on rase les poils. Après quoi, on pratique une injection vaginale et le cathétérisme de la vessie. Ceci fait, on introduit dans le vagin deux doigts de la main gauche, doucement, avec précaution, car les parties génitales sont très sensibles. Aussi ces deux doigts une fois introduits ne vont plus quitter la place que nous allons leur assigner, jusqu'à la fin de l'opération. Ces deux doigts atteignent le col et pénètrent dans l'orifice. On guide alors sur ces doigts une pince de museux à deux mors qui va saisir solidement la lèvres antérieure du col. On tire doucement sur la pince de façon à faire descendre l'utérus, et le col paraît bientôt à la vulve, avec les deux doigts qui n'ont pas quitté son orifice. La pince est alors confiée à un aide, qui la prend par un de ses anneaux et la maintient sans tirer. L'aide doit maintenir la pince *horizontalement*, et non pas à relever, pour la maintenir avec sa main fermée sur le pubis, ainsi que le conseillent la plupart des auteurs. La pince, horizontalement placée, ne blesse et n'écrase aucune des parties supérieures de la vulve, le méat et le clitoris, et on évite les douleurs, qu'on ne manque pas de produire, en relevant la pince et en l'appuyant contre ces parties. C'est là un petit détail, mais qui méritait d'être signalé, puisque nous opérons sans chloroforme."

"L'utérus abaissé, les doigts dans le col, on introduit dans la cavité utérine la sonde de Tarnier, et l'on fait un lavage avec 1 ou 2 litres de solution de biiodure au 1/4000. On retire alors la sonde, sur laquelle il est facile de mesurer l'étendue de la cavité utérine, et on introduit la large curette-mousse à longue tige, dont nous donnerons la description plus loin. La curette est d'abord conduite au fond de la cavité utérine, puis on racle consciencieusement, sans sortir la curette, toute la face antérieure de l'utérus, en haut et en bas, jusqu'au niveau de la lèvres antérieure du col. La curette est alors sortie, puis réintroduite, et on procède au même raclage sur la face postérieure de l'utérus; puis on racle les bords et le fond de l'organe. Mais la cuillère de la curette, assez large, ne pourrait pas curetter efficacement au niveau des cornes, on la remplace par une curette à cuillère plus petite, plus courbée, et demi-tranchante. Cette curette est conduite au niveau des deux cornes, et curette en ces deux points; on peut ensuite réviser méthodiquement avec cette curette les faces, le fond et les bords de l'organe, et lorsque la curette ne ramène plus, à quelque endroit qu'on la promène, que des caillots, le curetage est terminé. On prend alors la sonde intra-utérine de Tarnier, et on fait une injection qui entraîne tous les débris; on peut faciliter cette action de nettoyage, en promenant le bec mousse de la sonde sur toute l'étendue de la cavité utérine. Après avoir fait le lavage, on charge une pince à longs mors, une pince à ligament, d'une mèche d'ouate imbibée de la solution phéniquée forte à 5/100. On promène cette mèche d'ouate dans la cavité utérine, elle s'exprime à son contact, on recommence avec une autre mèche, deux ou trois fois. Il ne reste plus qu'à faire le pansement intra-utérin à la gaze iodoformée ou salolée. Cette gaze est destinée à former un drainage plutôt qu'un tamponnement. Elle doit être découpée en une lanière peu épaisse, afin qu'elle puisse être introduite facilement. On prend l'extrémité de la lanière

avec une pince à mors lisses, et on introduit la pince ainsi chargée jusqu'au fond de l'utérus. Arrivé là, on ouvre légèrement la pince et on la retire. On saisit avec elle la lanière, au point où elle sort du col, et on conduit de nouveau la pince jusqu'au fond de l'utérus; on répète cette manœuvre deux ou trois fois, jusqu'à ce qu'on sente une légère difficulté à pénétrer, on doit alors s'arrêter et ne pas forcer. Le reste de la lanière est tassée dans le vagin, après qu'on a enlevé la pince fixant le col, et pendant que, de la main gauche, on écarte la vulve; ce dernier temps de l'opération serait douloureux sans cette précaution. On place un morceau d'ouate sur la vulve, et la femme est replacée dans son lit."

"Les quelques modifications que nous avons apportées dans le manuel opératoire du curettage ont eu pour but deux points :

1^o Rendre l'opération très peu douloureuse, pour se dispenser de l'anesthésie ;

2^o Faire le curettage aussi complet que possible.

Pour rendre l'opération très peu douloureuse, on y parvient aisément, de l'aveu même des femmes les plus pusillanimes, en prenant les précautions sur lesquelles nous allons rappeler l'attention :

1^o Ne pas relever la pince fixatrice du col sur le pubis, et la maintenir horizontale ;

2^o Ne pas placer de spéculum. Son introduction est douloureuse, la distension des parties inférieures de la vulve par la large valve qui la déprime, et que l'aide le plus parfait ne peut s'empêcher de remuer au cours de l'opération, est aussi une cause de souffrance. Cette valve inférieure, la seule recommandée généralement, est très avantageusement remplacée par les deux doigts de la main gauche introduits dans le col. Ces deux doigts indiquent l'orifice au milieu des tissus mous et déchirés du col, et servent de guide sensible aux instruments qu'on fait pénétrer dans la cavité utérine. Ces deux doigts dépriment la vulve très suffisamment et moins douloureusement qu'une valve, surtout si l'on a la précaution, ainsi que nous l'avons recommandé plus haut, de laisser ces doigts en place pendant toute la durée de l'opération."

"Afin de pratiquer le curettage aussi complètement que possible, la curette dont nous servons est à large surface. Elle est recourbée de telle façon que son extrémité offre une surface suffisante pour ne pas croire à la possibilité même d'une perforation; enfin, et surtout, cette curette qui n'est autre que celle usitée dans les curettages de la vessie, est portée sur une tige ayant la longueur de la sonde intra-utérine de Tarnier, c'est-à-dire 28 centimètres. Cette tige est fixée sur un manche qui permet de la tenir en main."

Les différents modèles de curettes jusqu'ici employées sont construits en vue du curettage gynécologique dans les utérus non gravides. Il faut un instrument suffisamment long, pour pénétrer jusqu'au fond de l'utérus. La deuxième curette est portée sur une tige aussi longue que la précédente; la cuillère en est plus petite, et demi-tranchante; elle est destinée aux cornes de l'utérus, et sert aussi dans les curettages après l'avortement. Avec ces curettes on est sûr d'atteindre tous les points de la cavité utérine, et on peut les attaquer d'une façon énergique. Ceux qui curettent pour la première fois s'exposent plutôt à faire un curettage insuffisant qu'à perforer l'utérus. Telles sont les particularités que nous avons à signaler dans le curettage pratiqué dans les suites de couches."

"Après l'AVORTEMENT, les accidents infectieux méritent d'être traités aussi par le curettage, mais cette opération doit toujours être précédée d'un examen digital de la cavité utérine, suivie du *curettage* dont il nous reste à préciser les indications et le *manuel opératoire*: curage qui doit être pratiqué, si, après cet examen, on a constaté la présence de débris placentaires, ou en d'autres termes, si l'on a reconnu une délivrance incomplète."

"INDICATIONS.—Après l'avortement, le plus souvent, les accidents infec-

tiens nécessitant le curettage se montrent, alors que l'œuf, vide de son embryon ou de son fœtus, est encore contenu dans la cavité utérine : les adhérences du placenta à l'utérus sont encore plus intimes qu'à la fin de la grossesse, si bien que les contractions utérines du travail de l'avortement ont été impuissantes à le décoller. Les premiers partisans du curettage ont peut-être nuï au succès et à la vulgarisation de ce procédé, en le donnant comme meilleur moyen de traitement des rétentions membranueuses ou placentaires dans l'avortement. Tous ceux qui avaient eu occasion d'introduire les doigts dans une cavité utérine contenant les membranes de l'œuf savaient bien que la curette était impuissante à séparer, d'une façon complète, ces débris de l'œuf, mais ne servait qu'à les morceler en en laissant une grande partie. De même qu'il serait imprudent d'introduire la curette dans un utérus à terme où la délivrance n'aurait pas été pratiquée, de même dans l'avortement, avant de pratiquer le curettage à la curette, il faut vider l'utérus du placenta et des membranes, faire en un mot la *délivrance* avec un instrument sensible, la main, les doigts, qui vont poursuivre chaque débris, les uns après les autres, les décoller, les extraire, faire le curage digital. Si des accidents infectieux se sont montrés, il sera utile de compléter l'opération par un nettoyage à la curette ; mais il faut que ce curettage instrumental ne soit que le complément du curage digital."

"LE CURAGE. MANUEL OPÉRATOIRE.—Pour pratiquer le curage, il est indispensable de recourir à l'anesthésie. Malgré les inconvénients que nous lui avons reconnus, et qui nous l'ont fait rejeter du curettage, il faut l'employer pour faire le curage. Il est, en effet, absolument nécessaire, pour pratiquer l'opération, d'introduire la main toute entière dans le vagin, et deux doigts dans la cavité utérine. Chez une femme non anesthésiée, dont les parties génitales n'ont pas été distendues par un accouchement récent, la manœuvre est des plus difficiles. De plus, après l'avortement, l'utérus n'a pas subi le même développement qu'à la fin de la grossesse, sa paroi vasculaire a une tonicité très grande, un état de contraction, qu'il est difficile de vaincre, pour pénétrer et pour agir dans sa cavité, alors que la femme n'est pas anesthésiée. Du reste, les dangers du chloroforme, dans le curettage, tiennent surtout à l'hémorrhagie qui se produit dans ces cas après l'opération. Or, cette hémorrhagie, si fréquente après le curettage instrumental, quand il y a eu chloroformisation, est absolument exceptionnelle après le curage. Le doigt n'a pas, comme la curette, mis à nu et dilacéré la muqueuse utérine ni rompu ses vaisseaux. Le doigt a enlevé seulement les cotylédons placentaires, véritables corps étrangers, qui se trouvent enlevés à la suite d'un décollement, sans porter d'atteintes sérieuses à la muqueuse utérine."

Le danger de l'hémorrhagie, après le chloroforme, dans le curage, n'existera donc que dans les cas où ce curage digital devra être suivi d'un curettage avec la curette. Or, il y a grand avantage à dissocier ces deux opérations, c'est-à-dire à pratiquer d'abord le curage digital, en somme, la délivrance artificielle de l'avortement, sous chloroforme, et ensuite plus tard, le soir ou le lendemain, si la température s'élève, ou aura recours au curettage instrumental, dont alors le manuel opératoire ne différera pas de celui que nous avons indiqué pour le curettage en dehors de l'avortement, après l'accouchement prématuré ou à terme. Il faudra alors se servir de la petite curette. Le plus souvent, le curage digital bien fait aura suffi, et il ne sera pas nécessaire de recourir au curettage. Nous n'en voulons pour preuve que ce qui s'est passé à la clinique Baudelocque, en 1894 : sur 44 avortements, pas une seule fois nous n'avons eu à pratiquer le curettage instrumental."

"La femme étant donc anesthésiée, et mise en travers du lit ; après la toilette du vagin et de la vulve et le cathétérisme de la vessie, on pratique une injection intra-utérine, qu'il est bon de faire assez prolongée. Lorsque ces soins préliminaires ont été pris, une main saisit l'utérus à travers la paroi abdominale, pendant que l'autre main est introduite *en entier* dans le vagin. L'index et le médius

de cette main vont à la recherche de l'orifice du col, et y pénètrent doucement, sans violence. Ces deux doigts vont à la recherche des débris placentaires, les décollent pendant que la main extérieure fournit à l'utérus un solide appui, et l'empêche de fuir sous les doigts qui manœuvrent dans sa cavité. Lorsque l'on croit le décollement des débris suffisant, on les entraîne au dehors. Les doigts doivent ensuite retourner dans la cavité utérine, pour l'explorer toute entière, et voir si la surface est lisse. Cette revision doit être des plus soigneuses; elle est très importante, car une portion du placenta peut rester enfermée dans un coin de paroi, enchatonnée par la contraction utérine, qui amincie au niveau où le placenta adhère, se trouve épaissie tout autour, formant l'enchatonnement, qui n'est plus considéré aujourd'hui comme un phénomène pathologique, mais comme un phénomène physiologique. Il sera même prudent de faire cette revision de la cavité utérine avec la main qui a fait le curage, puis avec l'autre, après s'être lavé les mains. Du reste, dans un certain nombre de cas, au cours de l'opération, il peut se faire qu'on sente de grandes difficultés pour tourner des cotylédons adhérents et les décoller: dans ces cas, il ne faudra pas hésiter à se laver les mains et à opérer le décollement avec l'autre main."

"Une fois la cavité utérine curée et soigneusement revisitée, alors que l'on est certain qu'il n'y reste plus aucun débris, l'opération est terminée, il n'y a plus qu'à faire une injection intra-utérine et placer une mèche de gaze au salol ou iodoformée dans cette cavité. Le curettage instrumental ne sera pratiqué qu'ultérieurement s'il y a lieu, et nous savons qu'il est le plus souvent inutile."

"Avant d'opérer le curage digital, il faut toujours pratiquer l'examen de la cavité utérine. Mais après un avortement, en présence d'accidents septiques, avant d'anesthésier, pour faire soit l'examen digital intra-utérin, soit le curage, il faut s'assurer, par un simple toucher, que le col de l'utérus est dilaté ou suffisamment dilatable pour permettre l'introduction de deux doigts."

"Le plus souvent ce toucher digital permettra de trouver cet orifice ramolli et suffisamment dilatable, et l'opération pourra être faite immédiatement."

"Mais dans un certain nombre de cas, on trouvera cet orifice, soit absolument fermé, surtout si l'avortement a eu lieu depuis plusieurs jours, soit peu dilatable et ne permettant pas l'introduction de deux doigts. Dans ces circonstances, si le temps presse, on peut faire pendant l'anesthésie la dilatation extemporanée avec les dilateurs de Hégar, mais il sera bien préférable de remettre l'opération à quelques heures, de placer dans la cavité utérine un ballon Champetier de Ribes, petit modèle, que l'on gonflera complètement d'abord, quitte à le dégonfler un peu, s'il ne se produit pas de contractions utérines expulsives. Lorsque ce ballon sera expulsé, l'orifice présentera, suivant le volume du ballon, une dilatation grande comme une pièce de 2 francs, ou mieux comme une pièce de 5 francs. Il sera aisé, à travers un orifice ainsi dilaté, d'explorer et de nettoyer la cavité utérine avec le plus grand soin, ce qui compensera bien l'inconvénient d'avoir opéré quelques heures plus tard."

"En résumé, après l'avortement, s'il se produit des accidents septiques, il ne faut jamais entrer avec une curette dans la cavité utérine, avant d'avoir, sous chloroforme, procédé :

1° à l'examen digital.

2° au curage digital de la cavité utérine.

"Après ce curage seulement on sera autorisé, si les accidents persistent, à débarrasser l'utérus d'une muqueuse septique avec la curette, et cela encore lorsqu'on aura laissé au thermomètre le temps de démontrer que cette intervention est utile. Nous avons tenu à insister sur cette manière de faire, qui diffère totalement de ce qui a été conseillé par les partisans du curettage depuis Récamier."

"La question de la sérothérapie devait être examinée dans un livre sur le traitement de l'infection puerpérale."

Après examen attentif de tous les faits publiés jusqu'ici, MM. Pinard et

Wallich concluent que rien à l'heure actuelle n'autorise à employer la sérothérapie à l'exclusion du traitement intra-utérin. La sérothérapie de l'infection puerpérale est encore à l'étude ; on peut recourir au sérum antistreptococcique, mais en employant simultanément le traitement utérin, qui a fait ses preuves. Du reste, si le streptocoque est l'agent le plus fréquent de l'infection puerpérale, celle-ci peut être causée par d'autres microbes, et le diagnostic bactériologique de l'infection n'est pas toujours facile à établir surtout dans la période de début de l'infection, où le temps perdu peut n'être jamais rattrapé.

La deuxième partie de l'ouvrage traite de la conduite à tenir dans les accidents intertueux tardifs des suites de couches : accidents dépendant non plus de la généralisation, mais de la propagation de l'infection : les suppurations pelliennes, dépendant de la propagation par les lymphatiques ; la *phlegmatia alba dolens*, causée par la propagation dans les sinus veineux.

Si on examine cet ouvrage dans les détails, on voit que les auteurs ont eu la préoccupation d'être pratiques et précis ; ils ont tenu à ne rien avancer qui ne soit appuyé sur des faits soigneusement observés par eux-mêmes, et on ne peut que leur savoir gré d'avoir tenu à propager une méthode thérapeutique qui leur a permis dans un grand service d'accouchements de Paris d'obtenir sur plus de 2000 accouchements annuels une mortalité par septicémie de 0, 18 0/0.

(*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*)

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET. — Bien que le curettage ait été souvent préconisé comme méthode de traitement de l'avortement incomplet—et nous avons nous-mêmes, à plusieurs reprises, conseillé de recourir au curettage en pareil cas—la pratique ne s'en est pas généralisée autant qu'il conviendrait dans l'intérêt des malades.

Deux de nos distingués confrères de Bordeaux, MM. CHALEIX VIVIE et AUDEBERT, viennent de reprendre cette question, dans un très intéressant ouvrage, en prenant comme base de leur étude une cinquantaine d'observations personnelles.

Avant tout, il faut savoir faire le diagnostic de l'avortement incomplet et, pour cela, poser d'abord le diagnostic de la grossesse (arrêt des règles, volume de l'utérus, aspect particulier du col abortif), puis celui de la rétention (défaut d'involution utérine, curettage explorateur, examen des pertes vaginales, hémorragies persistantes, tranchées utérines, ténésme vésical et rectal, persistance de certains phénomènes sympathiques, tels que les vomissements). Ne pas oublier de prendre régulièrement la température de la malade, pour surprendre les premières manifestations d'une infection toujours à craindre.

Puis, les auteurs discutent la conduite à tenir : 1° en l'absence de tout accident ; 2° dans le cas d'hémorragies ; 3° dans le cas d'infection. Enfin, ils exposent la technique à suivre pour pratiquer un bon curettage.

Voici les conclusions de ce travail qu'il faut lire, car les faits sont suffisamment nombreux pour entraîner la conviction du lecteur, mais dont nous devons malheureusement nous borner à donner, ici, le résumé :

“ Il résulte de cette étude et des observations que nous avons rapportées, disent-ils, que la période plus ou moins longue, qui précède l'expulsion des annexes du fœtus abortif, est signalée ou souvent qu'on ne le pense généralement par des accidents dus à la septicémie ou à l'hémorragie. Cette dernière surtout peut survenir, soudaine et violente, alors qu'on n'est plus là pour y porter remède.

“ La longue rétention totale ou partielle du placenta amène presque toujours, au point de vue septicémique, des accidents qui, s'ils n'ont pas un retentissement immédiat, agissent à distance et constituent chez la malade une tare pathologique pour l'avenir.

“ En présence de l'hémorragie ou de l'infection, les procédés usuels, tels que les injections vaginales chaudes, antiseptiques et les lavages intra-utérins,

sont, dans la majorité des cas, insuffisants ; ils amènent rarement l'expulsion des éléments retenus. Le tamponnement vaginal bien fait arrête généralement une hémorrhagie, mais ne provoque guère l'expulsion du placenta et l'hémorrhagie peut se reproduire après son ablation.

“ Le seul vrai traitement pathogénique consiste à évacuer l'utérus, soit avec le doigt, soit avec la curette.

“ Le *curage digital*, pour être bien fait, demande une exploration totale de la cavité utérine avec un ou deux doigts, et la pénétration d'un doigt jusqu'à l'insertion des éléments placentaires. C'est donc autre chose qu'une traction sur le placenta ou un fragment partiellement décollé avec le doigt et, ce qui est pire avec la *pince*, instrument aveugle et d'un emploi condamnable. Le *curage digital* est quelques fois rendu difficile par l'étroitesse de l'anneau vulvaire (primipares), par l'impossibilité d'abaisser l'utérus et par le volume de la cavité utérine trop grande pour être explorée digitalement.

“ S'il échoue, il faut faire le *curettage*, qui triomphe presque constamment des accidents. Il ne sera *inefficace* qu'entre des mains timides, négligentes ou trop hâtives. Jamais nous n'avons laissé dans l'utérus le moindre fragment placentaire. Comme toute opération, il peut être *dangerueux* entre des mains malhabiles ou malpropres. La plupart des accidents signalés sont dus à des fautes d'antisepsies ou opératoires. N'user ni de la pince, ni des dilateurs métalliques divergents. Explorer avec le doigt pendant et après l'opération.

“ Le *curettage* est une opération *chirurgicale* délicate qui peut avoir à faire face à des incidents épineux et inattendus. Nul n'est obligé de la faire : dans l'infection, on a devant soi le temps de recourir à un confrère plus expert ; dans l'hémorrhagie, qui ne laisse pas ce loisir, on a la ressource de faire le *tamponnement utérin*, procédé d'hémostase irréprochable.

“ *En dehors de tout accident, l'expectation pure est, pour nous, une imprudence.* La malade reste en imminence d'hémorrhagie et d'infection. Si le placenta tarde à sortir, l'extraire avec le doigt et la curette. En tout cas, toutes les fois que la malade ne pourra être soumise à une surveillance effective, nous considérons *comme une faute* de la quitter sans l'avoir mise dans l'impossibilité absolue d'avoir, en notre absence, une hémorrhagie soudaine, et pour cela nous préconisons le *tamponnement utérin*, d'une innocuité et d'une prophylaxie parfaites.”

J. BATAUD in *Rev. des Maladies des Femmes*.

La *Revue Internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie* publie l'observation d'un cas de nécrose du sphénoïde, par le Dr A. A. Foucher. La malade, atteinte quatre ans auparavant de syphilis, ne s'était jamais faite soigner. Elle offrait, au premier examen, les lésions suivantes : affaissement du nez, carie des cornets, pharyngite ulcéreuse, destruction du palais mou, voûte du palais dénudée, séquestre de grande dimension. Ce séquestre, constitué par le sphénoïde, tomba dans la bouche au moment d'un repas, quelques temps après. Malgré un traitement énergique, la malade mourut de sa syphilis sept ans plus tard.

ERRATUM

Dans notre dernière livraison, au bas de la page 24, une partie de la dernière ligne est tombée durant la mise en forme, ce qui a laissé un vide. La phrase complète se lit : “ sans le déplacer j'incise le *prépuce d'un coup* de bistouri que je passe dans la fenêtre du clamp.”

REVUE D'HYGIÈNE

LES FERMES VACCINALES EN PRUSSE.—Dans un numéro récent du *British Medical Journal*, le Dr J. N. S. Simpson, parlant de l'importance qu'il y a, pour la vulgarisation de la vaccination, de pouvoir fournir un vaccin qui soit à l'abri de tout soupçon ou reproche, attire l'attention sur les soins minutieux dont on entoure sa production en Allemagne.

« Il y a en Prusse, dit l'auteur, huit établissements comme celui que je vais décrire. Celui que j'ai vu, le plus ancien, est situé près du marché aux bestiaux et des abattoirs de Berlin, dans un endroit propre et aéré, et la bâtisse consacrée à la préparation du vaccin se compose d'une étable et de deux chambres. L'étable, bien éclairée, et bien ventilée, est divisée de chaque côté en huit compartiments pour les veaux. Le pavage et le drainage sont excellents ; on les arrose au moyen d'une lance attachée à une borne-fontaine. On a placé sur le pavé de chaque compartiment un plancher additionnel fait avec des pièces de bois fixées sur des supports en fer, de sorte qu'on peut les enlever régulièrement, les nettoyer comme il faut et les sécher. Ce plancher mobile est placé à une hauteur suffisante pour permettre de nettoyer complètement le dessous avec la lance sans déranger l'animal. On répand sur le plancher en bois de la paille, ce qui fait une litière excellente.

« Il y a, à côté de l'étable, une chambre de bonne grandeur où l'on peut vacciner les veaux ; elle contient deux tables à bascule avec des courroies et des paillasons disposés de telle façon que l'on peut y fixer les veaux sans trouble et sans douleur pour l'animal. Dans une grande chambre voisine, on prépare le vaccin et on l'emmagasine en quantité variable.

« Les veaux, âgés de 9 à 12 mois, coûtent \$3.60 par tête. On n'emploie que les génisses, parce qu'elles sont plus propres. On ne leur fait subir aucune quarantaine spéciale, mais on les fait examiner par un vétérinaire nommé par le gouvernement lorsque le fournisseur les amènent, et ce vétérinaire rejette toutes celles qui ne lui paraissent pas en parfaite santé. Les animaux acceptés sont conduits à l'institut ; on n'accepte pas un animal dont la température dépasse 41° C. On injecte à tous les veaux 0.5 c. c. de tuberculine, et l'on prend la température douze heures après. On les garde ensuite au repos et sous observation pendant 24 heures, puis on les vaccine. Tout le temps que les veaux demeurent à l'institut, on les nourrit avec du lait et des œufs, chaque veau prend trois repas par jour, et à chaque repas 2 œufs et plus de 2 pintes de lait. Les animaux apprécient les œufs, et les prennent aussi bien avec leur coque. Ils augmentent habituellement de poids pendant leur séjour.

« Pour vacciner l'animal, on le fixe sur la table à bascule de manière à ce qu'il ne bouge pas, puis on le rase depuis le ventre jusqu'aux fesses, ainsi que la face interne des cuisses. On ne rase pas les aînes, parce qu'on a trouvé que les poils de cette partie protègent les vésicules du ventre et des cuisses, et les empêchent de se rotter. Après avoir rasé ces parties, on les nettoie avec du savon et de l'eau, puis on les nettoie avec une solution de sublimé corrosif à 1 pour 1,000 ou d'acide carbolique à 3 pour cent, et enfin on les lave avec de l'eau bouillie et on les assèche avec une toile stérilisée. Les instruments dont on se sert, d'abord stérilisés, sont conservés dans l'alcool ; quand on en a besoin, on les retire et l'on applique une allumette pour brûler l'alcool. On fait sur les parties rasées des incisions aussi longues que possible, une partie s'étendant des fesses à la partie antérieure du ventre, une autre partie de l'aîne au genou, à la face interne des cuisses. On préfère ces longues incisions aux incisions plus petites, aux ponctions ou scarifications croisées : elles donnent une plus grande

quantité de lympho et moins de trouble. Les incisions une fois terminées, un assistant en écarte les bord, et l'on étend la lympho sur ces incisions comme le beurre sur du pain. Les vésicules sont généralement mûres et prêtes à céder leur lympho au bout de 72 heures, ou tout au plus de 96 heures. Quelquefois, cependant, elles ne mûrissent pas avant 120 heures.

Quand le temps est venu de cueillir la lympho, on attache de nouveau le veau sur la table, et l'on nettoie toute la surface couverte de vésicules, avec de l'eau stérilisée et du savon, on l'assèche avec des linges stérilisés, on la lave de nouveau avec de l'alcool et on l'assèche de nouveau avec des linges stérilisés. On gratte alors la lympho avec une cuiller en forme de tasse, en faisant agir une pression assez forte sur l'instrument, car l'on a trouvé qu'une pression légère expose plus à faire jaillir le sang. La lympho ainsi recueillie est mise aussitôt dans des plats de Pétrie stérilisés. On place ces plats l'un après l'autre sur la balance, et pour chaque partie de lympho on ajoute 2 parties d'eau stérilisée et 2 parties de glycerine. On emploie la glycerine de Sarg, de Vienne, laquelle est très pure; la glycerine anglaise, qu'on a essayée, absorbe trop d'eau et dessèche trop la lympho. Ayant ajouté les proportions voulues de glycerine et d'eau, il s'agit ensuite de les mêler d'une manière parfaite. On se sert du moulin à lympho ou mélangeur fabriqué par Herr Julius Shober, 39, Adelbert Strasse, Berlin. Ce moulin consiste en quatre rouleaux de porcelaine fixés à une petite machine tournante et disposés de telle sorte que tout ce qui passe entre eux, quand ils sont en mouvement, se trouve intimement mélangé et tombe dans un vaisseau placé audessous.

Le moulin coûte \$25. On fait d'abord passer dans le moulin la partie épaisse du vaccin, puis ce qui reste de l'eau et de la glycerine. Après s'en être servi, on nettoie bien le moulin avec de l'eau chaude, et l'on conserve les rouleaux de porcelaine dans une solution de sublimé corrosif jusqu'à ce qu'on en ait besoin.

La lympho glycerinée recueillie dans le vase placé sous le moulin à lympho est disposée dans des bouteilles stérilisées de 50 c. c., et l'on ferme ces bouteilles avec des bouchons de caoutchouc conservés dans une solution de sublimé. Une étiquette, placée sur chaque bouteille, porte le numéro du veau qui a fourni la lympho. On emmagasine ensuite ces bouteilles sur la glace, et l'on peut ainsi conserver la lympho en bonne condition pendant au moins un an. Comme le veau est abattu dès qu'il quitte l'établissement et que ses organes sont examinés, on peut ainsi contrôler l'état de santé de l'animal qui a fourni le vaccin, et si l'examen à l'abattoir révèle que cet état de santé n'était pas parfait, la lympho est détruite. De cette manière il est impossible d'employer pour la vaccination de la lympho provenant d'un animal malade.

A mesure qu'on en a besoin, on remplit avec la lympho conservée dans l'armoire à glace des tubes de différentes grandeurs, contenant suffisamment de lympho pour vacciner de 5 à 400 personnes. 1 c. c. (17 gouttes) est suffisant pour 4 vaccinations; on emploie pour un veau 4 c. c. On place les tubes dans de petites boîtes de bois cylindriques, on les met dans de fortes enveloppes officielles et on les expédie par la malle.

En Prusse, on vaccine les enfants sur le bras, à quatre endroits; quatre endroits est le minimum exigé par la loi. Les élèves des écoles publiques ou privées doivent être revaccinés. Tout soldat qui entre à l'armée est vacciné pour la troisième fois."

LES DANGERS DES CIMETIÈRES.—Tandis que tout le monde s'accorde à trouver dangereux, ou au moins peu désirable, dit le *British Medical Journal*, l'enterrement des cadavres entre les murs, dans une voûte, ou près d'une église, les défenseurs de l'enterrement dans le sol mettent en avant la destruction des microbes pathogènes par les germes saprophytes et l'activité de l'oxydation dans les terrains favorables; les avocats de la crémation, au con-

traire, croient à une vitalité plus grande des germes des maladies, et au danger réel de la pollution des eaux du sol et des puits, quoique, dans les villes et les grands villages, on a diminué le danger en remplaçant les puits privés par les aqueducs. Hoffman même, le défenseur officiel, en Allemagne, des pratiques courantes, admet la survivance et la multiplication des bactéries de la fièvre typhoïde et du choléra, et récemment le professeur Albu, dans un travail de concours sur la crémation, en a donné des preuves nombreuses et authentiques. Il est vrai que Skrzeczka, Wernicko et Pistor ont mis sur le compte de l'abaissement du terrain, des courants d'eau souterrains et de la densité de la population, la mortalité élevée par fièvre typhoïde et le choléra que Zuelzer a signalée parmi la population demeurant autour des cimetières de Berlin. Allu trouve l'explication insuffisante. A Vienne, depuis 1875 jusqu'à ce que la ville s'approvisionnât d'eau pure dans les montagnes, la pollution de l'eau du sol et des puits par la nitrification qui venait des cimetières, placés sur les terrains élevés qui entourent la ville, augmentait tous les jours. à la fin, l'eau était devenue jaune et troublée, chargée de nitrates, et les sulfures d'hydrogène et d'ammoniaque lui donnaient une odeur repoussante. Dans un rapport publié en 1886 sur les cimetières du Danemark, le Dr Levison, dit que Copenhague et 20 des 68 villes du royaume souffrent d'un semblable état de chose, et que 78 épidémies de fièvre typhoïde ont eu pour cause évidente le voisinage d'un cimetière. Le Dr Lamm affirme que depuis quelques années, la mortalité auprès des trois cimetières de Saint Petersburg est de 75 à 85 par 1,000, tandis que celle d'autres quartiers plus pauvres de la ville n'est que de 25. Le Dr Dvenitz, pendant plusieurs années professeur de médecine à Tokio, nous a donné l'un des exemples les plus frappants de la persistance de l'infection dans le sol. Durant l'épidémie de 1877, un détachement de soldats fut envoyé dans un district éloigné pour calmer une émeute, et fut décimé par le choléra; mais depuis cette année là jusqu'en 1879, l'empire fut exempt de la maladie. En 1879, les autorités décidèrent de transporter les restes des soldats dans un cimetière public, et employèrent un certain nombre d'ouvriers pour faire l'ouvrage. Pendant qu'ils y travaillaient, le choléra se déclara subitement parmi eux, sans autre cause d'infection apparente. Le même fait se répéta, avec les mêmes circonstances, dans un autre endroit, et ces deux localités devinrent le centre de l'épidémie de 1879. Un fait analogue, c'est l'apparition du choléra à Jativa, en 1890, alors que l'Europe et l'Espagne étaient depuis cinq ans exemptes de la maladie; la cause cette fois-ci n'est pas attribuée à des cadavres, mais à l'excoavation de terrains saturés par les déjections des cholériques des épidémies précédentes. Le cas de Sir Joseph Lister (aujourd'hui Lord Lister), de cet hôpital d'où l'on ne put faire disparaître la gangrène tant que l'on n'eût pas exhumé et brûlé les cadavres d'un cimetière voisin, et celui raconté par M. Wheelhouse du village de Yorkshire, où une scarlatine très maligne réapparut après trente ans pendant que l'on exhumait du cimetière les restes des victimes de l'épidémie précédente, ces deux cas prouvent clairement que s'il y a eu parfois de l'exagération, il n'y a cependant rien d'impossible dans les histoires effrayantes des épidémies du moyen âge et même de la fin du XVIIe siècle.

LA CONTAGION DE LA ROUGEOLE ET DE LA COQUELUCHE.

Chaque année, quand viennent les temps froids, on voit apparaître la rougeole et la coqueluche. Ce sont deux maladies infectieuses dont on ne connaît pas le germe, mais qui arrivent généralement l'une après l'autre, et contribuent largement à augmenter la mortalité infantile non pas tant par elles-mêmes que par les complications qu'elles provoquent. Elles sont très contagieuses, et le fait est si bien admis qu'il est de croyance populaire que les enfants doivent avoir la rougeole et la coqueluche, qu'ils ne peuvent l'éviter, et que mieux vaut les subir jeune que plus tard, parce qu'elles sont alors moins dangereuses.

On ne peut pas empêcher une maladie, contagieuse ou non, de faire son

apparition. Ceci est encore en dehors du contrôle de la volonté humaine. Mais peut-on empêcher une maladie, une fois apparue, de se propager ? L'expérience et l'observation répondent oui, surtout lorsqu'il s'agit de maladies contagieuses. Il suffit de bien comprendre comment la contagion peut se faire, et la prévenir. Un enfant peut tomber malade de la rougeole ou de la coqueluche, et sera peut-être fort en peine de dire comment et où il a contracté la maladie. Dès que l'enfant est malade, cependant, peut-il donner la maladie aux autres enfants ? Certainement oui. Peut-on faire en sorte qu'il ne donne pas la maladie ? C'est très facile.

L'enfant qui a la coqueluche, dit Osler, peut infecter la chambre, la maison ou l'école, mais la contagion se fait surtout de personne à personne. La rougeole se communique par la respiration et les sécrétions, surtout celles du nez; une tierce personne peut servir de moyen de transport. Ce qu'il faut bien retenir, c'est que la contagion est possible dès le début de la maladie. D'après les instructions du Conseil d'Hygiène de la Province, la rougeole est déjà contagieuse avant l'apparition de l'éruption, alors que l'enfant ne présente pour tous symptômes que des yeux larmoyants et de la toux; la coqueluche est déjà contagieuse lorsque le malade ne présente pour tout symptôme qu'un rhume ordinaire.

Alors que faut-il faire ? Tout simplement mettre l'enfant dans une chambre à part, l'isoler de la famille et le laisser seul avec sa mère ou sa garde-malade. On lui donne alors tous les soins qu'il faut, on prend les mesures conseillées par le médecin, et l'enfant guérit sans donner la maladie à ses petits frères et petites sœurs. Quand la famille est très pauvre et n'a qu'une chambre, il vaut mieux alors que la mère ou la sœur aille demeurer à l'hôpital avec l'enfant malade jusqu'à ce qu'il soit mieux. C'est un sacrifice, mais on l'accomplit pour protéger le reste de la famille, et ce n'est pas un sacrifice inutile, puisqu'il est efficace.

On prétend que ces mesures nouvelles et radicales pour protéger les gens contre la maladie sont contraire à l'esprit chrétien et à l'esprit de famille. C'est une erreur profonde. On ne prenait pas autrefois ces précautions parce qu'on ignorait ce que c'était que la contagion. Mais aujourd'hui un grand nombre de parents n'hésitent plus à faire un sacrifice pour protéger la santé de leurs enfants, parce qu'ils y voient un moyen de s'exempter de plus grands sacrifices encore, et qu'ils comprennent que ce n'est pas aimer véritablement ses enfants que de les laisser exposés aux dangers d'une maladie contagieuse, quand elle est évitable.

LA DIPHTHÉRIE ET LE CROUP.—La maladie qu'on appelle aujourd'hui la diphtérie était connue de Galien. Il y en eut des épidémies en Europe durant le moyen-âge. En Amérique, la maladie fit son apparition parmi les premiers colons de la Nouvelle-Angleterre, et s'étendit sous forme d'épidémies durant les 17^e et 18^e siècles. Samuel Bard, de New-York, en 1770, en donne une excellente description. C'est Bretonneau qui a découvert que les maux de gorge malins, qu'on appelaient de son temps *angine suffocante*, *angine putride*, etc., étaient tous de même nature, et le premier il fit usage du mot *diphtérie*.

Bretonneau n'était qu'un clinicien, mais la justesse de son observation fut confirmée en 1884 par la découverte de Loeffler, et les cliniciens d'aujourd'hui, avant d'affirmer qu'une angine membraneuse est de nature diphtéritique, s'assurent d'abord de la présence du bacille de la diphtérie. C'est le seul diagnostic positif.

Maintenant, l'angine diphtéritique peut s'étendre à l'entrée des voies respiratoires, au larynx; la diphtérie peut aussi s'établir d'emblée au larynx, sans toucher la gorge. C'est ce qui constitue la laryngite membraneuse, le croup. On constate dans les membranes la présence du bacille de Klebs-Loeffler, et, à part du danger d'asphyxie, la maladie offrent des symptômes toxiques;

elle est aussi très contagieuse. L'angine diphthérique et le croupne sont qu'une même maladie à localisation différente. La meilleure preuve clinique qu'on puisse en donner, c'est que la sérothérapie agit avec une efficacité égale sur l'une ou sur l'autre.

Y a-t-il une laryngite membraneuse qui n'est pas de nature diphthérique ? On l'a cru longtemps ; on en doute aujourd'hui. Mais l'on rencontre quelquefois, moins souvent en Amérique qu'en Europe, chez les jeunes enfants de six mois à trois ans, un spasme nerveux de la glotte qui se manifeste surtout pendant la nuit, et qu'on a appelé laryngite striduleuse ou faux croup. L'affection survient subitement, sans prodômes, et revêt une forme effrayante. Elle cède cependant aussi vite qu'elle est venue sous l'influence du chloroforme. L'on aurait donc bien tort de confondre le faux croup avec le croup véritable, de nature diphthérique, comme une maladie non contagieuse et non infectieuse. Bien au contraire

A l'heure actuelle, le médecin appelé auprès d'un cas de croup doit le traiter comme un cas de diphthérie ; isoler le malade, injecter du sérum, faire les déclarations voulues par la loi. En agissant ainsi, il se tiendra du côté de la vérité et, ce qui est plus important, guérira son malade ; il empêchera la maladie de se répandre et ne la déguisera pas sous un nom d'emprunt.

Les autorités sanitaires proclament depuis longtemps déjà l'identité de la diphthérie et du croup, et l'année dernière le Conseil d'Hygiène de la Province publiait la circulaire suivante :

« Informé qu'un grand nombre de cas de croup échappent au contrôle des autorités sanitaires, et que, le plus souvent, cela est dû à ce que le public croit que le croup n'est pas contagieux, le Conseil d'Hygiène autorise la publication des définitions suivantes :

« Le croup n'est rien autre chose que la diphthérie qui attaque plus spécialement les voies respiratoires (larynx). L'expression *diphthérie laryngée* désigne mieux que le mot croup la nature de cette maladie, et elle devrait être préférablement employée.

« Il faut distinguer le croup ou diphthérie laryngée, maladie qui est contagieuse, du faux-croup ou laryngite striduleuse, maladie qui n'est pas contagieuse. Il n'y a pas de membranes dans la laryngite striduleuse ou faux-croup. La toux, de forme croupale, qui caractérise cette maladie, n'est due qu'à un élément nerveux. »

Nous n'ajouterons rien à ces définitions qui, il y a quelques années, auraient paru étranges, mais qui sont aujourd'hui parfaitement exactes.

Le Conseil d'Hygiène de la Province a demandé au gouvernement provincial d'être relevé de la surveillance de l'Institut Vaccinogène de Ste-Foye, et sa demande a été accordée. Nous le regrettons sincèrement, car cette surveillance était une garantie pour la profession médicale. C'est à la suite de l'emploi de mauvais vaccin qu'ont éclaté les troubles de 1885, lors de l'épidémie de variole, troubles regrettables à plus d'un point de vue, et qu'il aurait été facile de prévenir en prenant les précautions nécessaires. L'emploi d'un vaccin de mauvaise qualité peut faire le plus grand tort au médecin dans sa clientèle. Il est donc nécessaire que la production du vaccin soit surveillée par des autorités compétentes. Nous ne mettons pas en doute l'habileté du directeur de l'Institut Vaccinogène, mais le certificat des autorités sanitaires, quand il s'agit d'hygiène, a toujours une valeur qu'il est bien difficile de remplacer. La production du vaccin à la ferme de Ste-Foye ne sera maintenant surveillée que par un médecin directeur nommé par le gouvernement. Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur ce fait.

REVUE DE PÉDIATRIE

Sous la direction du Dr ISAÏE CORMIER,
Médecin des enfants à l'Hôpital Notre-Dame.

OZONE.—I. *Définition* : L'Ozone ou oxygène ozonisé, en d'autres termes l'oxygène électrisé, n'était pas jusqu'à présent utilisé en nature.

Depuis quelques années, et surtout depuis les travaux de Desnos et Hérard, l'ozone est mieux connu. Récemment, le Dr Donatien Labbé, en France, et plusieurs confrères américains ont montré que les inhalations d'ozone peuvent rendre de grands services dans la coqueluche.

L'ozone ou oxygène électrisé est produit en certaine quantité autour d'une machine statique en marche.

Le Dr Donatien Labbé préfère actionner le tube à inhalations qu'il utilise par une bobine Runkorff. Cette bobine dont les pôles négatif et positif sont fixés d'une part à la source d'électricité, d'autre part aux deux parois latérales d'une canule en verre coudé par lequel passe l'air extérieur inspiré et électrisé par le circuit du courant de la bobine.

L'enfant n'a donc qu'à aspirer l'ozone incessamment produit par le tube en verre placé dans la bouche.

II. *Indications et mode opératoire* : Chaque séance (une à deux par jour) dure 20 à 25 minutes. L'appareil de Runkorff peut être loué au mois (Charlin).

Le Dr Donatien Labbé et le Dr Burlureaux ont vu dans une série de cinq à six cas des enfants ayant vingt quintes par jour, tomber à cinq ou six quintes dès le quatrième jour et guérir très rapidement sans rechute.

Le Dr Labbé affirme l'*innocuité absolue* de l'ozone et son insipidité.

III. *Effets physiologiques et contre-indications* : L'ozone (Gubler) est incomparablement plus énergique que l'oxygène pur. Il excite les voies respiratoires, la circulation, impressionne la sensibilité de la muqueuse bronchique et laryngée, provoque la toux.—La première période dite d'excitation est suivie d'une période de légère dépression.

MM Desnos et Hérard l'ont employé en inhalations dans la tuberculose des adultes. Il conseille d'en user à doses très faibles si l'on ne veut voir survenir des accidents très graves.—Les solutions concentrées d'ozone sont absolument dénuées de valeur (Jalancourt).

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LES INHALATIONS D'OZONE, par le Dr E. DOUMER.—Il y a quatre ou cinq ans, les Docteurs Labbé et Oudin ont fait connaître les bons effets qu'ils ont retirés des inhalations d'ozone dans la coqueluche. Quoique les résultats annoncés par les auteurs fussent des plus encourageants, et malgré le soin et la conscience avec lesquels ces recherches ont été faites, cette méthode ne s'est pas répandue; il faut attendre jusqu'à ces derniers mois pour avoir de nouvelles publications sur ce sujet. Au mois de juillet, MM. Labbé et Oudin rapportaient une nouvelle série de cas heureusement traités par l'ozone, et au dernier congrès de Boston, le professeur Caillé de New-York, publiait une série de sept cas de coqueluche traités soit par lui-même, soit sur sa demande, par le Docteur W.-G. Mangold de New-York, tous guéris en très peu de jours par cette médication.

J'ai voulu me faire une opinion personnelle et contrôler les résultats annoncés par ces divers auteurs. J'ai réuni cinq cas de coqueluche bien confirmée,

assez récents, d'intensité moyenne; le plus ancien datait d'un mois, le plus récent de quinze jours; les quintes variaient de 20 à 60 par jour. L'état général de tous ces malades était satisfaisant, excepté chez un petit enfant de quatre ans, qui présentait de la pâleur de la face, avait souvent des vomissements alimentaires et quelques épistaxis. Les nuits étaient, en général, troublées par des quintes de toux, excepté chez une adulte qui n'était que très faiblement atteinte. L'âge de ces malades variait de 3 à 35 ans; ils appartenaient tous à la même famille, quatre frères ou sœurs et la mère.

Ils furent soumis à des inhalations d'ozone de 10 à 15 minutes, répétées deux fois par jour. Dans cette première série de recherches, je n'ai pas fait le dosage de l'ozone, mais le débit de l'appareil était assez grand pour que la salle dans laquelle se faisaient ces inhalations fut, dans toutes ses parties, imprégnée de l'odeur caractéristique de l'ozone.

Voici les résultats généraux que j'ai observés :

1° Dans tous les cas où les nuits étaient mauvaises, c'est-à-dire dans quatre, elles devinrent meilleures dès le second jour, c'est-à-dire après la quatrième inhalation;

2° Le petit enfant qui avait, à peu près tous les jours des vomissements alimentaires, n'en eut plus à partir du début du traitement;

3° Dès le second jour, les quintes devinrent moins fréquentes et moins pénibles;

4° Toutes les fois qu'il y avait interruption dans le traitement, les quintes présentaient une tendance à revenir plus nombreuses;

5° Tous ces malades guérirent dans un laps de temps variable de 9 à 15 jours, après un nombre de séances ayant varié de 12 à 27;

6° Jusqu'ici il n'y a pas eu de récurrence. Les traitements remontent au milieu du mois d'août.

Je reconnais volontiers que cette statistique repose sur un nombre très restreint de cas, aussi, s'il se fut agi d'un travail original, encore absolument vierge de toute publication, j'aurais attendu pour la présenter, d'avoir un plus grand nombre de cas à y faire entrer; mais il s'agit ici de l'examen d'une méthode déjà publiée, et d'une simple contribution à une étude commencée par d'autres que moi; mes 5 cas heureux s'ajoutent aux 7 cas de Caillé, de New-York, aux 14 ou 15 cas également heureux que les Docteurs Labbé et Oudin ont récemment rapportés. Il y a donc, jusqu'à ce jour un total de 26 cas de coqueluche bien confirmée, qui, traités par la méthode de Labbé et Oudin, ont tous été guéris rapidement. Ce sont là des résultats fort encourageants, et dont il sera intéressant de poursuivre l'étude.

(*In le Nord méd.*).

DE LA DURÉE DE L'INCUBATION ET DE L'ÉPOQUE DE LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA COQUELUCHE, par le Dr A. LEON, médecin en chef de la Marine, en retraite.

Sur la durée de la période d'incubation des maladies contagieuses: fièvres éruptives, coqueluche, oreillons et autres, de même que sur le moment précis où la possibilité de contamination commence et se perd, nous n'avons encore que des données approximatives et des chiffres un peu flottants. Aussi est-il de notre devoir, quand les circonstances nous permettent de déterminer avec certitude ces points le plus souvent difficiles à fixer, de noter avec soin ces circonstances et de les livrer à la publicité. En pareille matière, quelques dates et des faits, si peu nombreux soient-ils, mais dont l'interprétation est rigoureuse, me semblent plus précieux qu'une multiplicité d'observations où l'on ne peut se baser que sur des à peu près.

Voici les faits :

Deux enfants sont en présence, le contamineur et le contaminé; pour la

facilité de l'exposition, j'appellerai, si vous le voulez bien, le premier l'enfant A, et le second, le contaminé, l'enfant B.

Le 13 juillet dernier, l'enfant A, une fillette de dix ans, de bonne santé habituelle, se trouve en contact dans une habitation de la banlieue de Bordeaux avec l'enfant B, âgé de trois ans et demi, alors en pleine santé, qui reçoit sa petite amie et joue avec elle dans le courant de l'après-midi. L'enfant A habite aussi la campagne, mais dans un quartier très éloigné du lieu de la réunion; elle tousse depuis la veille, d'une toux banale, et ne ressentait aucun malaise; mais ses deux frères avec lesquels elle vivait, avaient la coqueluche depuis quelques jours. Cette toux banale devint caractéristique avec le sifflement spécifique, les vomissements glaireux et le reste, le 19, c'est-à-dire six jours après les premiers symptômes. Lorsqu'elle joua le 13 juillet avec l'enfant B, elle était donc au premier jour de la manifestation qui devait se changer peu après en coqueluche confirmée.

Le 24 du même mois, par conséquent onze jours après le contact du 13, l'enfant B présente de l'enrouement avec rougeur vernissée des piliers du voile et du pharynx. Cet enfant est sujet à ces accidents, et chez lui les rhumes débentent par ces symptômes. On institue aussitôt le traitement qui lui réussit d'ordinaire en pareille circonstance: il garde la chambre; on lui applique des lotes d'oüate et on le soumet, avec un grand pulvérisateur, à des fumigations répétées de décoction de feuilles d'eucalyptus, en entretenant autour de lui une température de 18 à 20°.

Cette médication reste sans effet, la toux s'accroît, devient plus fréquente, mais sans présenter encore de caractères spéciaux. Le 28 seulement, quatre jours après les premiers accidents, elle devient suspecte, arrive par quintes et s'accompagne, le 29, de vomissements glaireux; deux jours après se produisent les inspirations spasmodiques; mais dès le 29, le diagnostic était posé.

On peut donc avancer avec certitude que chez l'enfant B, la période d'incubation a duré onze jours. Car, à part la visite reçue le 13, cet enfant, qui n'a pas quitté sa résidence, dont tout le voisinage est absolument indemne (la chose est facile à savoir à la campagne), qui n'a pas eu d'autres relations suspectes, n'a été soumis à aucune cause de contamination que celle signalée plus haut. Ce chiffre de onze jours me semble, dans l'espèce, au-dessus de toute contestation.

De plus, une autre déduction s'impose: la coqueluche est transmissible certainement dès le premier jour de ses manifestations initiales, avant qu'elle ait pu être diagnostiquée à coup sûr. Peut-être même l'est-elle pendant la période d'incubation, alors qu'elle est encore en puissance absolument silencieuse. Mais ceci ne peut se déduire du fait précédent; ce n'est plus qu'une supposition et ne saurait être admis sans une preuve ayant la valeur d'une expérience rigoureuse.

RECHUTE ET RÉCIDIVE DE LA ROUGEOLE par le Dr EONNET (d'Auray).—J'observe depuis six mois une forte épidémie de rougeole dont j'ai exactement noté la marche contagieuse sur 14 communes. J'ai pu recueillir des observations très nombreuses qui marquent d'un cachet particulier cette affection, et l'avenir me dira, j'espère, l'importance de certaines complications difficiles à juger plus tôt.

Pour aujourd'hui, je vous soumetts les quelques observations de rechutes et le chiffre suffisamment élevé de récidives que j'ai vues.

Le 11 mai 1896, dans la commune de Plougoumelen, une petite fille de 4 ans est en pleine éruption avec température de 39°8 et tous les symptômes évidents de la rougeole. Le 22 mai elle sort, et le 1er juin je la retrouve au lit avec une nouvelle éruption bien franchement rubéolique, une température de 38°9, une toux croupale, une légère otorrhée à gauche, tous symptômes qui disparurent en 6 jours, sans qu'il y ait eu, dans ces deux manifestations, la moindre médication qu'un régime diététique plus ou moins sagement surveillé.

Le 17 mai, à 3 kilomètres de la précédente, dans la même commune, sans contact entre les malades, une petite fille de 3 ans, très vigoureuse, est en pleine

rougeole; je lui trouve 39° : une diarrhée intense nécessite 20 grains de salicylate de bismuth, 8 jours après elle sort. Je suis rappelé près d'elle le 5 juin, et je lui trouve une nouvelle éruption de rougeole plus confluyente que la première, avec 39°9. Le 12 juin elle sortait.

Le 22 juin, au bourg de Miradec, à 8 kilomètres au nord des deux précédentes, un petit garçon de 6 ans est en pleine éruption. J'ai déjà soigné cet enfant, il y a 3 ans, en juin 1893, pour une rougeole qui fut très grave par ses complications pulmonaires. Il a 39°2, on le garde soigneusement au lit pendant 15 jours; et, malgré ma recommandation il sort le 13 août. Je suis rappelé près de lui le 16 pour une nouvelle éruption moins confluyente que la première mais accompagnée d'une dyspnée inquiétante avec 39°9 et d'une conjonctivite intense. Sans autre chose qu'une surveillance et des soins très grands il était, 12 jours après, disparté et sorti.

Au bourg de Binvin, où l'épidémie de rougeole a été très grave, j'ai vu un petit garçon de 4 ans en pleine éruption le 18 août, avec toux croupale qui nécessita une visite; il a 39°5. Le 30 août cet enfant jouait dans la rue. Le 8 septembre je suis rappelé près de lui: une nouvelle éruption très confluyente a reparu avec une broncho-pneumonie double qui, malgré tout ce qu'on put faire, emporta l'enfant le 13 septembre.

Voilà donc 4 cas de rechute bien caractérisés dont un avec récurrence. Ces cas ont été observés dans des milieux très infectés, mais sans que rien dans la constitution des enfants, leur santé habituelle, leurs antécédents ait semblé les disposer à ces exceptions. Entre la première éruption et la rechute jamais l'intervalle n'a été de plus de 20 jours.

Il serait trop long de relater ici les nombreux cas de récurrence que j'ai notés: en voici le tableau sommaire.

Sur un ensemble de 1500 jeunes malades, j'ai pu en observer sérieusement 350, et sur ce nombre je compte 122 cas de récurrence: 45 petits garçons de 7 à 12 ans et 52 petites filles de 6 à 13 ans ont eu la rougeole il y a 4 ans, de mai à septembre 1892, 25 enfants, dont 11 garçons et 14 filles de 14 ans à 18 ans, ont eu la rougeole observée par moi-même dans leur enfance, dans la grande épidémie que nous avons eue en 1883 à Auray et aux environs.

J'ai vu, le 30 septembre dernier, un fort jeune homme de 25 ans, terrassier, habitant un village où il y avait 5 enfants malades de la rougeole, pris d'une éruption tellement confluyente, avec une dyspnée si intense que j'ai cru qu'il allait mourir; il avait 40°2 de température, 6 jours après il était bien. Or, ce jeune homme avait eu à l'âge de 15 mois une première rougeole, et en 1881, à Auray même, je l'ai soigné pour une seconde rougeole qui se compliqua de bronchite très grave qui fit craindre des lésions tuberculeuses que l'avenir n'a pas confirmées, car il est aujourd'hui très vigoureux.

Des confrères, sérieux observateurs, aujourd'hui disparus, m'ont, dans les nombreuses épidémies de rougeole où je les ai vus, affirmé la fréquence des récurrences, et mon observation personnelle, déjà respectable, m'a convaincu de la réalité de ce fait clinique.

Les rechutes sont, je crois, très rares, et l'avenir dira mieux ce qu'on doit conclure de cette réapparition d'un exanthème qui est toujours sans doute dû à la même première cause n'ayant pas épuisé tous ses effets.

Puisse ces faits précis aider à éclairer l'étude de la rechute et de la récurrence dans la rougeole.

(In Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.)

L'ALLAITEMENT CHEZ LES ALBUMINURIQUES par M. le Dr GAMBELIN. — Pendant plusieurs mois nous avons observé attentivement, presque tous les jours, toutes les femmes albuminuriques accouchées à la clinique Baudelocque, où elles sont tenues à nourrir leurs enfants: nous n'avons jamais pu constater rien d'alarmant. Au contraire, l'état général de ces femmes s'améliorait, la

quantité de l'albumine des urines diminuait, si bien que, très souvent, ces femmes se croyant tout à fait guéries, ne voulaient pas attendre la disparition complète de l'albumine et quittaient le service malgré les observations qu'on leur faisait.

Notre statistique comprend 163 enfants, 10 d'entre eux n'avaient pas augmenté jusqu'au moment de la sortie ou avait augmenté de moins de 10 grammes par jour, c'est à dire d'une quantité absolument insuffisante. Ces dix enfants entrent dans notre statistique pour la valeur de zéro et nous pouvons quand même donner une moyenne comprenant tous les enfants sans exception, qui s'approche de 35 grammes par jour. Il n'est pas sans intérêt, aussi, de faire connaître également combien d'enfants n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, poids que beaucoup d'auteurs, parmi lesquels M. le professeur Tarnier, donnent comme un minimum au dessous duquel on ne doit pas être satisfait du développement de l'enfant et considérer la femme comme bonne nourrice. De ces enfants qui n'ont pas augmenté de 20 grammes par jour, nous en trouvons 33, ce qui revient à 1 sur 5 enfants. Nous n'avons pas fait de statistique comparative mais nous pensons qu'en raison des causes multiples qui peuvent survenir et même souvent sans raison aucune, on doit observer, à peu près dans les mêmes proportions, des cas où l'enfant n'augmente pas comme il devrait le faire. Cette proportion d'une mauvaise augmentation pour quatre bonnes est loin, nous croyons, d'être favorable.

Pour ceux qui voudraient nous objecter que les enfants sont restés trop peu à la clinique pour qu'on puisse porter un jugement valable, nous avons fait une autre petite statistique. Cette statistique ne comprend que les enfants des femmes qui ont été soumises, pendant 10 jours au minimum après l'accouchement, au régime lacté absolu. Ce sont certainement les cas les plus défavorables, où l'albuminurie a résisté le plus, et dans lesquels entrent la plupart des femmes avec des lésions rénales définitives.

Les enfants sont au nombre de 40. Deux seulement n'avaient pas augmenté ou avaient augmenté de moins de 10 grammes par jour jusqu'au moment de la sortie; tous les autres avaient augmenté et, en moyenne, y compris les 2 précédents pour la valeur de zéro, de 27 grammes par jour.

Cette moyenne, bien qu'inférieure à la moyenne qui porte sur la totalité des cas, reste encore une moyenne satisfaisante.

Quant aux enfants des femmes qui ont présenté des accès éclamptiques, l'augmentation a été moins prononcée. Ils étaient au nombre de 16 et ils n'ont augmenté que de 23 grammes par jour.

Il est une autre donnée qui peut servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice. C'est l'époque à laquelle l'enfant a atteint le poids de la naissance.

Winckel a observé que plus de la moitié des enfants cessés dans sa statistique avaient atteint le poids de la naissance le 10^e jour.

Nous trouvons que les deux tiers de nos enfants avaient atteint le poids de la naissance avant le 10^e jour (106 sur 163); et en moyenne tous les enfants l'avaient atteint le 7^e jour.

Ces chiffres sont éloquentes, nous pensons que des commentaires seraient superflus.

Il reste à examiner le second point de la question, à savoir, comment les mères nourrices, dont la plupart étaient au régime lacté absolu, ont supporté cet acte physiologique, l'allaitement, que certains médecins estiment, chez les albuminuriques, nuisible à leur santé et portant entrave à la guérison naturelle de l'albuminurie.

En consultant le tableau, dans lequel nous donnons un résumé des observations prises, on peut s'assurer facilement que la grande majorité des femmes n'avaient plus à la sortie de la Clinique d'albumine dans les urines ou en avaient encore des traces seulement.

Il est probable que l'albumine aurait, chez la plupart, disparu tout à fait des urines, si elles étaient restées quelques jours de plus à la clinique.

Il est impossible de juger d'après la durée de l'albuminurie si l'allaitement a été une entrave à la guérison ou non, et de vouloir faire les statistiques comparatives. On sait en effet que rien n'est plus variable que la durée de l'albuminurie après l'accouchement.

Tantôt 2 ou 3 jours après l'expulsion du produit de conception il est impossible de déceler des traces d'albumine dans les urines, tantôt au contraire l'albuminurie peut se prolonger pendant plusieurs jours, ou plusieurs semaines, ou même quelquefois jusqu'à la grossesse suivante, au cours de laquelle elle redouble alors d'intensité, et cela en dehors de l'allaitement et malgré le traitement le mieux suivi.

Mais si l'allaitement était aussi nuisible aux albuminuriques que certains l'estiment, nous devrions avoir un nombre assez considérable de cas dans lesquels l'albumine serait en augmentation ou resterait au moins stationnaire.

Eh bien ! chez 7 femmes en tout, l'albumine augmentait (2 femmes) ou restait stationnaire (5 femmes).

Quand on considère que dans notre statistique les brightiques ne sont pas exclues, on ne peut pas certainement incriminer l'allaitement qui aurait dû faire sentir bien plus souvent ses méfaits. Et même en dehors du brightisme, il n'est pas rare de voir une albuminurie gravidique évoluer avec tous les symptômes de la maladie de Bright, sans que l'allaitement soit en cause.

Chez aucune des 158 femmes on n'a trouvé nécessaire, pendant le temps qu'elles sont restées à la clinique, d'interrompre l'allaitement.

Ces femmes, tout en accomplissant leur devoir strict, à défaut duquel une femme n'est mère qu'à moitié, ont pu retirer les profits que procure l'allaitement. L'involution utérine a dû être plus rapide et plus complète ; les organes génitaux se sont trouvés dans un repos relatif par suite de la cessation de la fonction menstruelle, qui sommeille habituellement pendant la lactation.

Nous pensons même, qu'un bon nombre de ces femmes, sont redevables à l'allaitement du prompt rétablissement de la santé. Pour fournir les matériaux nécessaires à la nutrition de son enfant la mère a mangé davantage, les fonctions digestives se sont exercées avec plus d'activité, l'assimilation a été meilleure, et beaucoup d'entre elles ont dû ainsi améliorer leur nutrition interne, qui est si souvent ralentie, comme M. le professeur Bouchard nous l'a appris.

Il s'ensuit donc que toute femme albuminurique peut et doit allaiter son enfant. Il n'y a que dans les cas tout à fait rares, dans lesquels l'albumine des urines augmente ou reste stationnaire pendant plusieurs semaines, qu'on devrait suspendre l'allaitement. De même, si l'enfant dépérissait, on pourrait essayer une autre nourrice.—(*In Gaz. Hebdom. de Méd. et de Chir.*)

M. l'abbé Choquette, de Saint-Hyacinthe, a fait le mois dernier, à l'Université Laval, une conférence des plus intéressantes sur les rayons X. Chaque étape de la question nous a été expliquée avec précision et clarté, et démontrée à part cela par des expériences très bien réussies et des vues projetées sur la toile. Nous avons vu non seulement les rayons X, mais encore leur projection à travers l'écran phosphorescent. Cette conférence de M. l'abbé Choquette était des plus instructives, et nous lui offrons nos sincères compliments.

NAISSANCE

À Saint-Barthélemy, le 1er de février 1897, la femme du Dr D. Roberge, un fils, qui a reçu au baptême les noms de Jules-Paul-Emile.

FORMULAIRE

Rhumatisme articulaire aigu.

Le malade doit garder le lit tout le temps qu'il a de la fièvre, et plusieurs jours après qu'elle a cessé.

Traitement local.—Lotion de Fuller :

Teinture d'opium.....	1 once
Carbonate de potasse.....	$\frac{1}{2}$ —
Glycerine.....	2 onces
Eau.....	9 —

M. Sig.—Appliquer sur les jointures malades à l'aide de toiles chaudes.

Immobiliser les jointures dans de l'ouate avec un bandage.

Traitement interne.

Salicylate de soude.....	3 drachmes
Sirop de gingembre.....	1 once
Eau.....	q. s. ad 6 onces

Sig.—Une cuillerée à table toutes les deux ou trois heures.

On fait d'abord prendre 15 grains toutes les deux heures jusqu'à ce que les bourdonnements d'oreille apparaissent, et l'on persévère ensuite pendant vingt-quatre heures encore. La fièvre et la douleur ont généralement alors disparues. Ensuite, pendant huit ou dix jours, on fait prendre au malade, dans les vingt-quatre heures, 60 à 80 grains de salicylate.

Diète.—Lait et gruau. Eviter le bouillon, les stimulants et les viandes.

Complication.—Si le rhumatisme se porte au cœur, ce que l'on constate par les bruits de souffle, il faut mettre le malade au traitement alcalin, tout en continuant le salicylate : on fait prendre le citrate ou le carbonate de potasse à hautes doses. On peut aussi donner le chloral deux fois par jour, pour calmer le cœur.

JAMES STEWART.

Goutte.

Diète.—Diminuer la quantité des aliments. Prescrire la viande ou les végétaux suivant l'estomac des malades. Surveiller la digestion de la graisse et du sucre. Proscrire les stimulants.

Traitement interne.

Salicylate de lithine.....	1 drachme
Sirop d'oranges	1 once
Eau.....	q. s. ad 6 onces

Sig.—1 cuillerée à table dans de l'eau au coucher.

Quand la goutte s'accompagne d'albumine ou d'anémie :

Sulfate de fer.....	12 grains
Sulfate de magnésie.....	1 once
Infusion de colombo.	q. s. ad 6 onces

Sig. — Une cuillerée à table une ou deux fois par jour.

Contre la constipation des goutteux :

Extrait de cascara sagrada.....	} ââ 1 grain
Extrait d'aloès socotrin.....	

Pour une pilule à prendre au coucher.

Traitement local.

Liniment de belladone	3 drachmes
Chlorhydrate de morphine.....	10 grains

M. Faire un liniment.

Sig.—Mêler une cuillerée à thé à une cuillerée à table d'eau chaude, appliquer avec des compresses et recouvrir d'une toile cirée. Renouveler toutes les quatre heures.

Traitement de l'accès aigu.

Vin de colchique.....	$\frac{1}{2}$ once
Carbonate de magnésie.....	1 drachme
Sulfate de magnésie.....	$\frac{1}{2}$ once
Eau de menthe poivrée.....	q. s. ad 6 onces

Sig.—Une cuillerée à thé toutes les quatre heures.

JAMES STEWART.

Détersif des cavités nasales dans la rhinite atrophique et hypertrophique.

R.

Sod-Bicarb.....	2 onces
Sod-Biborat.....	2 onces
Listérine (Lambert).....	8 onces
Glycérine	20 onces
Aquæ.....	q. s. ad 8 livres

Sig.—Une once de cette préparation pour une livre d'eau en irrigation nasale.

DR PYNCHON.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, FÉVRIER 1897

BULLETIN MÉDICAL

Le traitement chirurgical de l'appendicite.

Depuis 1894, l'étude des maladies du cæcum a passé par des phases diverses, et, ce qui arrive assez souvent, par des variations inattendues. Après avoir distingué la typhlite de l'appendicite, ce qui est bien ; après avoir montré l'étroite relation anatomique de l'appendice avec le péritoine, ce qui est important au point de vue du danger de l'infection, voilà maintenant qu'on laisse de côté la typhlite, que l'on pose comme cause essentielle de l'inflammation de l'appendice la fermeture de la cavité, que l'on donne comme résultat absolu de l'appendicite l'infection du péritoine. Comme conclusion rationnelle et pratique, on ajoute : Dès que vous êtes sûr d'être en présence d'une appendicite, même au début, n'hésitez pas un instant ; ouvrez l'abdomen et enlevez tout. C'est l'antiseptie qui donne aux chirurgiens du jour tant de hardiesse et tant d'assurance.

La conclusion nous semble un peu radicale. Une appendicite peut parfaitement guérir sans intervention chirurgicale. La clinique nous en montre des exemples tous les jours. Le Dr Charbonneau, dans un travail que nous publions ce mois-ci, rappelle un cas de notre pratique paru dans *l'Union Médicale* et qui eut les honneurs, à cet époque, d'être reproduit par Sajous. Depuis, nous avons lu, non seulement le *Traité de Médecine*, mais encore les comptes rendus de l'Académie de Médecine, de la Société des Hôpitaux, du Post-Graduate de New-York, et nous n'avons pas modifié nos idées. Nous restons convaincu que la nécessité absolue de l'intervention chirurgicale dans tous les cas d'appendicite est encore à prouver.

Nous admettons volontiers, que l'opération est nécessaire dans certains cas, qu'elle seule peut sauver la vie du malade. Ce sont les symptômes qui nous disent quand l'intervention doit avoir lieu. Mais pourquoi réséquer l'appendice à la moindre sensibilité, à la moindre élévation de la température ? Parce que, disent les chirurgiens, l'inflammation de l'appendice produit un abcès qui s'ouvrira infailliblement dans le péritoine, d'où péritonite infectieuse et mort. Au

point de vue théorique, c'est fort bien raisonné. Mais s'il fallait appliquer la même logique à l'inflammation de tous les organes, on en finirait plus d'extirper. N'a-t-on pas dit que la laparatomie guérit l'inflammation du péritoine. Devra-t-on alors ouvrir le ventre chaque fois qu'un malade souffre de péritonite? Pourquoi ignorer la force vitale, méconnaître les lois de la physiologie et renier d'un seul coup la possibilité d'une résolution, ou d'une résorption. Ce que l'organisme fait pour le poumon et la plèvre, par exemple, quand on soutient son action à l'aide de médicaments appropriés, ce qu'il fait aussi pour l'intestin et le péritoine, pourquoi serait-il incapable de le faire pour l'appendice? Parce que les grandes interventions chirurgicales ont perdu de leur gravité, grâce à l'antiseptie, c'est une grande erreur, croyons-nous, d'ignorer la nature, de mépriser les médicaments et de n'accorder sa confiance qu'au couteau.

Les exagérations théoriques, dites d'une façon agréable, impressionnent toujours. Il y a du vrai dans les belles phrases du Dr Morris sur l'opium. Cependant, dans la discussion qui suivit au Post-Graduate, à la séance du 23 octobre 1896, tout le monde, et avec raison, ne fut pas de son avis. Le médecin ne donne pas l'opium, dans l'appendicite, pour masquer la douleur du malade en même temps que son ignorance; il le donne parce que ce médicament est doux, ce que beaucoup de chirurgiens savent aussi, de la propriété d'immobiliser l'intestin. C'est aussi pour cela que le médecin prescrit les lavements, afin d'obtenir des selles mécaniques sans contractions intestinales. Par l'application de la glace, il tâche d'atteindre le second but du traitement médical: empêcher la suppuration ou, si l'y a abcès, provoquer l'enkystement et la résorption, éviter la perforation. Malgré tout ce qu'on peut en dire, il est difficile d'admettre que le traitement médical ne soit pas raisonné.

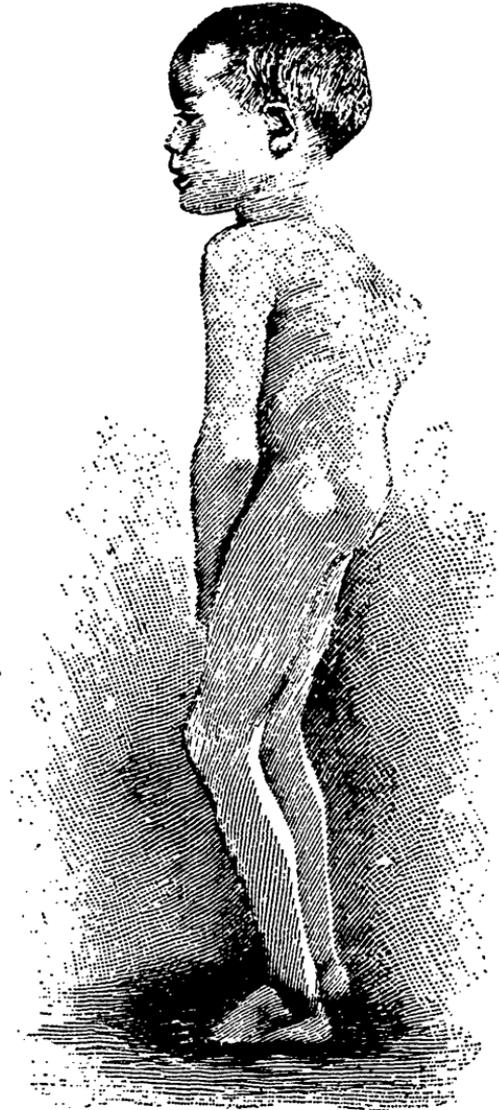
Dira-t-on que ses résultats sont nuls? Cependant, l'un des arguments des chirurgiens, c'est que l'appendicite récidive le plus souvent. C'est donc qu'on en guérit. Le cas du Dr Charbonneau en est un exemple. D'ailleurs, la plupart d'entre eux nous disent que 70 à 80 pour cent des malades qu'ils ont opérés avaient eu des appendicites antérieures. "Mais, ajoutent-ils avec fierté, si nous les opérons, c'est pour qu'ils n'en aient plus." Il n'y a pas de doute que le remède est radical, et de nature à flatter l'amour propre du chirurgien. Reste à savoir si cela fait autant plaisir au malade qui d'abord, durant l'opération, malgré toute l'habileté qu'on peut avoir, court un grand danger, et qui ensuite devra porter à son flanc la cicatrice du laparatomisé. Si l'opération a sauvé la vie du malade, à la bonne heure; si elle n'a servi qu'à faire plaisir au chirurgien, c'est autre chose.

Il ne faut pas se le dissimuler, certains chirurgiens poussent très loin les conséquences de leurs idées. A la séance du Post Graduate dont nous avons parlé toute à l'heure, le Dr Douglas a rapporté le fait d'un chirurgien de ses voisins qui avait fait enlever son appendice, celui de sa femme et celui de son bébé, afin de mettre la famille à l'abri des appendicites. Ce chirurgien a déjà opéré deux cents appendicites, pour sa part. Le public, toujours prêt à souligner les exagérations même les plus scientifiques, commence à s'intéresser au sujet, et l'autre jour un grand journal de Boston racontait l'anecdote suivante. Un

individu avait fait imprimer et coudre sur son gilet une affiche ainsi conçue : " On m'a déjà enlevé l'appendice." Et comme ses amis lui en demandaient la raison : " C'est, dit-il, par crainte de tomber malade sur la rue, et d'être conduit à l'hôpital. Dans les cas de ce genre, on ne manque jamais d'enlever l'appendice, et vous comprenez que je ne tiens pas à recommencer."

Le traitement chirurgical des gibbosités.

Le Dr CALOT, de Berk, où il dirige un hôpital d'enfants rachitiques, a fait



ENFANT BOSSU DEPUIS CINQ ANS

le 23 décembre dernier à l'Académie de Médecine, une communication retentissante. Il a affirmé d'abord " qu'il était aussi légitime de vouloir corriger une

bosse du mal de Pott qu'une déviation du genou, non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire et aussi urgent," puis il a ajouté que " tous les maux de Pott commençants pourront être guéris désormais sans déformation." A l'appui de son dire, le Dr Calot a présenté à l'Académie six enfants dont le dos était par



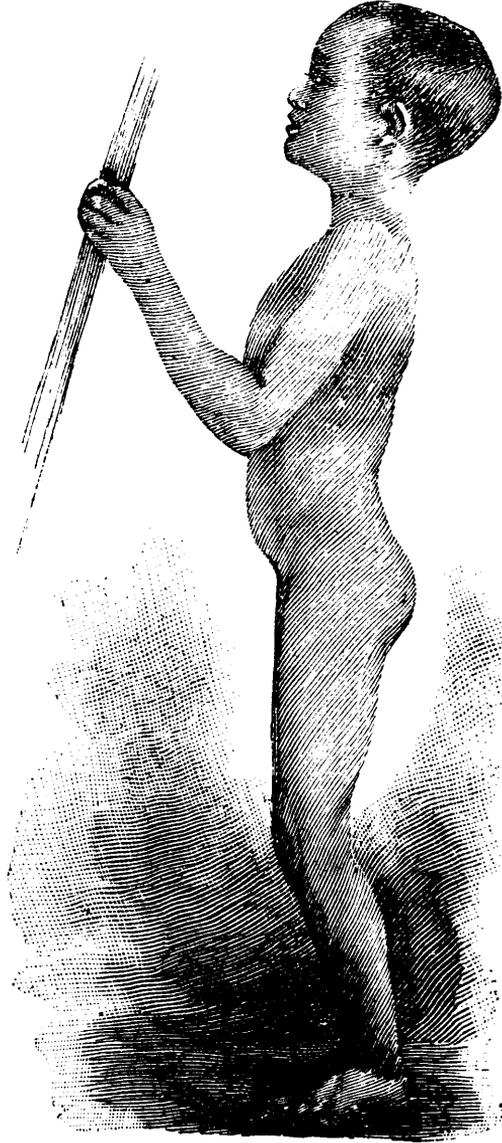
L'OPÉRATION

faitement normal, mais qui, avant d'être opérés, étaient bossus depuis un espace de temps variant de huit mois à cinq ans. Des photographies, prises avant l'opération, faisaient contre-épreuve.

Nous citons le passage le plus important de la communication du Dr Calot, celui où il décrit l'opération.

" La bosse, dit il, s'est produite par l'inflexion de la colonne, vertébrale et

son affaissement ; pour effacer la bosse, on fera décrire à la colonne vertébrale un chemin inverse et on la relèvera. Cela se peut même pour les bosses très marquées, vieilles de plusieurs années, quatre, cinq, six ans. L'opération se fait sous chloroforme en une séance.



QUATRE MOIS APRÈS L'OPÉRATION

“ L'enfant étant retourné sur le ventre, deux aides tirent sur les extrémités du tronc et les reportent en arrière, tandis que je presse de toutes mes forces, avec mes deux mains appliquées directement sur la bosse. Des craquements se

produisent témoignant du désengrènement des segments rachidiens et du glissement des vertèbres les unes sur les autres ; et après quelques instants (une ou deux minutes), la bosse disparaît et rentre même audessous des parties voisines.

“ Arriver à ce résultat n'est rien ou presque rien ; ce qui est difficile et pourtant capital, c'est de trouver le moyen de maintenir intégralement la correction ou l'hypercorrection produite. Ce n'est que du jour où j'ai trouvé ce moyen que j'ai osé entreprendre ces interventions. Je n'ai pu maintenir la correction en totalité qu'en appliquant immédiatement sous le chloroforme un grand appareil plâtré circulaire allant de la tête (inclusivement) à la ceinture pelvienne (inclusivement). L'on peut affirmer que c'est dans la bonne construction de ce grand appareil que se trouve le secret du succès.

“ Généralement, je fais précéder ces manœuvres de correction de l'ablation des bourrelets cutanés qui recouvrent souvent la bosse et même l'ablation des apophyses épineuses saillantes, ce qui me permet de faire une compression plus forte et plus précise et met presque sûrement à l'abri des eschares.

“ Le premier appareil reste en place trois ou quatre mois, puis est remplacé par un deuxième qui a la même durée et quelquefois par un troisième. La réparation et la consolidation sont dès lors complètes. L'enfant est autorisé à marcher avec un corset (du cinquième au neuvième mois qui suit l'intervention.)

“ Par ces manœuvres, pour lesquelles je déploie sans crainte tout ce que j'ai de force, j'ai eu raison même de bosses très anciennes et très volumineuses...

“ Si le résultat laisse quelque chose à désirer ou si les deux segments de la colonne vertébrale sont déjà soudés solidement l'un à l'autre, je fais une résection cunéiforme du rachis à base répondant à la gibbosité et à sommet répondant aux corps vertébraux ; je résèque également les côtes correspondantes, puis avec un ciseau à froid très tranchant et très étroit qui m'a été construit par M. Collin à cet usage et que je pousse avec les deux mains, je vais sectionner, devant la moëlle épinière, la colonne des corps vertébraux au niveau de leur soudure osseuse ; les deux segments du rachis mobilisés pourront pivoter l'un sur l'autre par leur surface de section jusqu'à ce que les deux lèvres de la brèche pratiquée en arrière viennent au contact. Immédiatement j'immobilise les deux segments dans le grand appareil plâtré déjà décrit. Lorsque le malade se réveille, tout déplacement est impossible.”

Telle est la méthode du Dr Calot qui a opéré jusqu'à aujourd'hui trente-sept enfants, et tous ont guéri. Un seul a eu après l'opération de la parésie qui disparut lorsqu'on enleva l'appareil plâtré pour en mettre un autre moins serré. C'est un très beau résultat.

Cette révélation du Dr Calot, car c'en est une, déroute passablement les idées admises sur la chirurgie du rachis. Beaucoup se demanderont comment on peut intervenir aussi énergiquement sans léser la moëlle épinière, ou tout au moins produire une hémorragie des méninges avec ses effets désastreux. Et cependant, à en croire le Dr Calot, le danger de ce côté là serait nul : les résultats qu'il a obtenus semblent aussi le prouver.

“ Malgré ces résultats fort beaux, dit la *Gazette des Hôpitaux*, nous ne pouvons nous défendre de certaines hésitations à adopter ce procédé, en appa-

rence aussi brutal et aussi dangereux. Tous les assistants, bien qu'en constatant les merveilleuses guérisons obtenues par M. Calot, faisaient tout bas la même réflexion : " Si j'avais un enfant atteint de mal de Pott, je n'oserais jamais lui faire ainsi écraser ses vertèbres malades " Encouragé par ces succès, M. Calot continuera probablement à recourir à ce mode de traitement. Nous attendons de lui une rigoureuse statistique de ses intéressantes observations."

C'est probablement dans le moment ce qu'il y a de mieux à faire ; mais tout de même, le Dr Calot nous donne de belles espérances.

Le diagnostic par les rayons X.

Ceux qui ont assisté à l'intéressante conférence, si bien réussie, donnée par M. l'abbé Choquette à l'Université Laval sur les rayons X, ont pu constater *de visu* les perfectionnements apportés par Edison à la découverte de Roentgen, et avec quelle netteté les rayons apparaissent à travers l'écran phosphorescent. Cet écran est en train de fournir à la médecine un moyen de diagnostic précieux, et de faire une concurrence sérieuse à la radiographie, si utile au chirurgien.

Le corps humain placé entre les rayons X et l'écran phosphorescent projette sur l'écran non seulement son squelette, mais le contour de ses organes ; on peut donc facilement constater la position de ces derniers. Si le tissu des organes est altéré par la maladie, induré, envahi par l'infiltration ou par une tumeur, on verra ces lésions pathologiques projeter des ombres sur l'écran. C'est ainsi que le Dr Bouchard a pu diagnostiquer une adénopathie trachéo-bronchique chez une petite fille, un anévrisme de la crosse de l'aorte, des hypertrophies du cœur, la sclérose artérielle, le mal de Bright. Ces résultats ont été communiqués à l'Académie des Sciences (décembre 1896).

Dernièrement le Dr Bouchard ayant placé un malade devant l'écran phosphorescent, constata que le côté droit du thorax était brillant, et le côté gauche ombré dans toute sa hauteur. Il pensa d'abord à un épanchement pleurétique, puis, remarquant que le médiastin n'était pas dévié à droite, il conclut à une infiltration tuberculeuse. Le diagnostic fut confirmé par l'auscultation.

Un autre malade laissait voir sur l'écran un cœur qui battait à droite du sternum, tandis que du côté gauche l'ombre du cœur n'était pas portée. On avait auparavant pensé à un anévrisme ; ceci fit voir qu'il s'agissait d'un déplacement du cœur à droite.

Ces deux diagnostics, surtout le premier, faits à l'aide des rayons X, sont intéressants à noter.

L'antiseptie chez le barbier.

On a dit bien souvent que l'antiseptie n'est rien autre chose que la propreté ; elle a ceci de particulier cependant que c'est une propreté raisonnée, et qu'elle ne peut pas tolérer la négligence. Elle offre aussi ceci de remarquable qu'elle rend inoffensives les interventions sur le corps humain, même lorsque l'épiderme n'est pas dépassée. On devrait l'enseigner non seulement aux chirurgiens, mais à leurs rivaux du temps jadis, les barbiers.

Ces réflexions nous sont suggérées par le cas d'un de nos confrères, que nous avons eu l'occasion de soigner il y a à peine quelques jours. Ce médecin, étant un peu pressé, entra dans une boutique de barbier de second ordre pour se faire tailler la barbe. L'homme était maladroit, la "tondeuse" fonctionnait mal, et quelques poils furent arrachés. Jusque là ce n'est pas grand chose. Mais le lendemain, notre ami fut pris d'un folliculite intense qui nécessita une épilation partielle, lui donna une forte fièvre et le tint au lit pendant plusieurs jours. Le pus contenait des staphylocoques. Il est permis de conclure que l'infection venait de la tondeuse.

On veut forcer les compagnies des chars urbains à ne pas laisser cracher les gens sur le plancher des voitures, pourquoi n'obligerait-on pas les barbiers à faire bouillir leurs instruments ?

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU.

Notes du Dr J. P. ROUX, médecin interne.

Le rapport annuel pour l'année 1896 vient d'être terminé : j'en donnerai quelques chiffres

Pendant l'année qui vient de s'écouler 2416 patients ont été traités à notre institution, ce nombre est reporté comme suit : hommes 1189, femmes 1227.

Le nombre de patients congédiés a été de 2183 parmi lesquels 1455 guéris, 365 améliorés, 291 non guéris et 72 non traités.

Le nombre des morts a été de 165, soit une moyenne de 6.8 pour cent.

Le nombre total des jours passés à l'hôpital par tous les patients a été de 67763, et le nombre moyen pour chaque patient de 28.1 jours.

Au commencement de janvier il y avait encore à l'hôpital sous traitement 217 patients.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derome, interne en chef.

Déjà depuis plusieurs mois, le Courrier de l'Hôpital Notre-Dame fait défaut, c'est une défection impardonnable, c'est mal commencer l'année, m'a-t-on dit ; je me suis laissé prendre à ces reproches, et me voilà de nouveau avec ma faible contribution.

Les patients n'ont pas cessé d'affluer en grand nombre dans les différents départements et services de l'Hôpital, mais il faut l'avouer la matière pour la clinique a manqué un peu depuis quelque temps, surtout pour la clinique chirurgicale. Les beaux cas ont été assez rares en chirurgie. Nous avons pu compter tout de même quatre-vingt dix-sept opérations chirurgicales, entre autres, quatre

cures radicales pour la hernie inguinale, et une cure radicale pour une hernie crurale étranglée, chez une femme dans la soixantaine ; trois amputations de sein pour cancer. A pareille date l'an dernier nous comptons dans nos salles huit amputés, dont deux des deux jambes, (c'étaient des cas d'angelure). Cette année une amputation seulement à la suite d'un traumatisme reçu dans une presse à foin. Malgré le froid intense et subit nous n'avons eu encore qu'un léger cas d'engelure des doigts des deux mains.

La chirurgie à la mode, ce semble, depuis quelques mois, a été celle des fractures et des luxations. Fractures simples, multiples, exposées dans toutes les variétés et dans toutes les parties du corps. Voir même une fracture du crâne, suite d'une tentative de suicide. J. C... âgé de 23 ans, anglais, pris de découragement, essaye son pistolet sur une buche de bois franc ; satisfait de l'expérience (la balle avait pénétré $2\frac{1}{2}$ pcs.), il tourne l'arme contre lui-même et se loge une balle en plein dans le milieu du front.

Trouvé quelque temps après, mourant, C... est de suite transporté à l'Hôpital. L'entrée du projectile est nettement définie ; des traces de poudre en noircissent encore le pourtour. Après un peu de repos au lit, durant lequel les vomissements sont incontrôlables, on tente l'extraction de la balle, après anesthésie locale avec une solution de cocaïne à 2/100. Une large incision cruciale dans la peau met à découvert dans la table externe du crâne, une ouverture parfaitement ronde, mesurant à peu près $\frac{1}{2}$ pc. en diamètre, et vis-à-vis, à un pouce de profondeur environ, la balle aplatie et retenue au milieu de fragments d'os enlevés à la table interne. Celle-ci en effet, après extraction du plomb, présente une surface de la grandeur d'une pièce de cinquante centins, complètement enfoncée et fracturée. Les esquilles trop considérables pour passer par l'ouverture externe sont brisés à l'intérieur du crâne et ensuite enlevés. Les membranes du cerveau laissent voir une légère déchirure, l'hémorrhagie est peu abondante. La dépression de la substance cérébrale se continue malgré l'absence de toute compression ; les vomissements cependant ont tout-à-fait disparus. La cavité soigneusement lavée au bichlorure de mercure, est pactée à la gaze iodoformée, et le blessé est remis entre les mains de la bonne nature en consultation avec les Drs *Hope* et *Rest*.

Aucune trace d'inflammation ne suivit l'intervention et le blessé est aujourd'hui parfaitement rétabli n'ayant pour toute pièce de conviction qu'une dépression parfaitement définie au front, d'à peine un demi pouce en profondeur, facile à combler par de l'autoplastie s'il y consent.

Il y avait communication entre les sinus ethmoïdal et frontal ; en se fermant la bouche et comprimant les narines, notre nouveau cyclope, par un effort d'expiration, faisait passer de l'air par l'ouverture dans le crâne. Chose facile à constater par le bouillonnement des liquides injectés dans la cavité, et par le sifflement que le passage de l'air y déterminait.

Je mentionnerai une autre tentative de suicide, un jeune homme, à la suite de peines d'amour se pointe un revolver au cœur, sa main tremble, il presse la détente et la décharge va se loger dans le sommet du poumon droit, rasant selon toute probabilité la crosse de l'aorte.

Une congestion intense du poumon lésé, une hémoptisie assez abondante, quelques jours d'une anxiété et d'une gêne respiratoire très marquée, et le tout rentre dans l'ordre dans le court espace de huit jours. Il ne reste plus qu'à lui appliquer les Rayons X et aller chercher la balle.

Si les tentatives de suicide ont échoué, nous avons à enregistrer deux morts violentes.

F. L... âgé de 52 ans se trouve mêlé dans une rixe avec des italiens et reçoit dans le flanc gauche, vis-à-vis les dernières fausses côtes, un coup de poignard, suivant une direction d'avant en arrière et de haut en bas. La plaie béante est parallèle aux fausses côtes et mesure $2\frac{1}{2}$ pouces. Un morceau d'omentum de six pouces de long, replié sur lui-même, fait hernie dans l'ouverture de la blessure. La victime a un poul filiforme et des vomissements répétés, le tout fait craindre une perforation intestinale. Toute intervention sous chloroforme est refusée par le moribond qui succombe à ses blessures 24 heures après son entrée à l'Hôpital.

L'autopsie laisse voir le colon descendant ouvert sur une étendue d'un pouce et demi dans sa partie supérieure près de l'angle qu'il forme avec le colon transverse. On constate aussi un commencement de péritonite.

Le second cas est celui de Delle L..., âgée de 28 ans, qui venait d'être précipitée dans la rue, du haut d'un escalier d'une trentaine de marches.

Transportée à l'hôpital 4 heures environ après l'assaut, la victime était complètement paralysée (les muscles du cou et de la tête exceptés). Une respiration diaphragmatique bien caractérisée, avec la paralysie existante, indiquaient clairement une lésion de la moëlle. Au niveau de la 4^{ème} ou 5^{ème} vertèbre cervicale on constata une dépression assez marquée, avec une légère crépitation, et le diagnostic de fracture ou luxation fut posé. En faisant la traction sur la tête pour tenter la réduction et enlever, si possible, la compression sur la moëlle, un claquement semblable à celui que l'on entend et ressent dans la réduction d'une luxation, a été parfaitement constaté : d'où le diagnostic de luxation des vertèbres dans la région cervicale, confirmé par l'autopsie, excepté pour le siège. Au lieu d'être au niveau de la 4^{ème} et de la 5^{ème} vertèbre cervicale, la luxation siégeait au niveau de la 5^{ème} et de la 6^{ème} vertèbre cervicale.

Restait encore l'explication de la crépitation très légère qui n'était certainement pas de la crépitation sanguine et qui faisait croire à une fracture. A l'autopsie on trouve une fracture de l'extrémité de l'apophyse épineuse de la 5^{ème} vertèbre.

La réduction diminua un peu les douleurs dans la région lésée, mais n'améliora en rien l'état général de la victime qui mourut dix heures après son entrée à l'Hôpital.

Avant de finir avec la chirurgie, je mentionnerai un cas de calcul vésical, ou plutôt de calculs vésicaux, enlevés avec succès en deux séances de litholapaxie et trois séances de lithotritie.

Le service de gynécologie a été assez intéressant. Je ne ferai que mentionner deux hystérectomie vaginales, quatre oophorectomies, plusieurs curettages,

sutures du col et du périnée, pour donner quelques détails sur un cas d'ovariotomie.

Mad. R... âgée de 54 ans, dont le père est mort hydropique (maladie du cœur et des reins) a aussi perdu deux frères, morts de lésions cardiaques.

La patiente s'est aperçue grossir, il y a quatre ans, à la suite de la ménopause. Une laparotomie met à découvert une énorme kyste de l'ovaire gauche, contenant deux gallons de liquide. Aucune adhérence ne complique l'extraction de la poche kystique. La ligature du pédicule et l'excision faites, la paroi abdominale est refermée par un triple plan de sutures. La malade n'a eu aucune élévation de température et quittera l'Hôpital sous peu, après une opération sérieuse qui n'a eu aucun retentissement appréciable sur l'économie.

Le service de médecine offre un joli champ à la clinique. Je parlerai entre autres d'un cas de cirrhose atrophique avec ictère, sans ascite. Le patient âgé de 36 ans, alcoolique depuis l'âge de 20 ans, est malade depuis un an et demi; il se sent faible mais ne souffre pas et mange bien; les selles sont argileuses. A l'examen la teinte ictérique est générale, le ventre est ballonné, tendu mais ne contient pas de liquide. Le foie est diminué de volume et la rate est hypertrophiée. L'urine chargée de bile, contient aussi de l'albumine.

Un garçon de 14 ans présente un cœur hypertrophié. Outre tous les symptômes inhérents à son état, le petit malade a une poitrine asymétrique—proéminence du côté gauche.

La matité précordiale est augmentée en étendue. La pointe du cœur bat à deux travers de doigts en dessous du mamelon et soulève la paroi thoracique. A la palpation on perçoit un frémissement cardiaque très prononcé.

Auscultation.—Souffle systolique à la pointe aux deux valvules. A la base, souffle au foyer aortique (systolique). Effacement des bruits du second temps à toutes les orifices. Cœur très irrégulier. Congestion pulmonaire, surtout à gauche. Sous l'influence de la digitale, une amélioration sensible s'est effectuée.

Je terminerai en signalant un cas de blennorrhagie où l'infection des séreuses s'est manifestée avant celle de la muqueuse uréthrale. Douleurs rhumatismales dans les poignets, fièvre de 102° pendant 3 jours, mal de tête, perte d'appétit, langue chargée. Dix jours après le coït suspect, apparaît l'écoulement qui, sans faire disparaître complètement les symptômes si haut cités, soulage le patient. L'examen bactériologique confirme le diagnostic.

Le bureau de direction de l'Hôpital Notre-Dame a voté dernièrement la somme de \$1,000 pour achat d'instruments de chirurgie et installation d'un laboratoire complet de bactériologie et d'histologie qui sera sous la direction du Dr Parizeau, chargé aussi des autopsies. On a en outre établi, dans le service de médecins, un laboratoire pour l'analyse des urines, du sang et des crachats.

La Faculté de Médecine de l'Université Laval doit donner le 17 février un grand concert dont le profit sera consacré à l'achat du matériel d'enseignement. On s'est assuré, paraît-il, le concours d'artistes en renom, et l'on s'attend à un succès. Nous espérons que le public et les amis répondront à cette attente, et encourageront un œuvre digne de toute leur sympathie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DROITS DU MÉDECIN TRAITANT.

L'un de nos abonnés nous adresse la lettre suivante : " Il y a quelques jours, dans une petite discussion entre confrères, nous avons soulevé quelques points de l'étiquette professionnelle. N'étant pas tous tombés d'accord, j'ai promis de vous demander quelle était la manière de voir de l'*Union Médicale* sur les points discutés. Serez-vous assez bon de répondre par la voie de votre journal ?

1^o Sachant qu'un confrère traite un patient, m'est-il permis d'aller visiter ce patient et de le traiter sans en notifier mon confrère traitant ?

2^o Que devrais-je exiger de la famille dans ce cas ?

3^o Si la famille de ce malade insistait absolument pour que je le traite, quelle devra être ma ligne de conduite envers mon confrère ?

4^o Rendu auprès d'un malade pour lequel on est venu quérir mes services, je m'aperçois qu'il est sous les soins d'un confrère. M'est-il permis d'ignorer mon confrère et de traiter le malade. Quelle doit être ma ligne de conduite dans ce cas ? "

Nous basant sur le code d'éthique médicale adopté par le Bureau Provincial de Médecine le 25 septembre 1878, et publié la même année dans l'*Union Médicale*, nous répondrons à notre correspondant :

Le paragraphe 4 de l'article V du code d'éthique médicale canadien dit : " Un médecin ne doit pas donner ses soins ou ses prescriptions à un malade qui a été récemment sous les soins d'un autre membre de la faculté pour la même maladie, sauf dans les cas d'éventualités subites, ou lorsqu'il s'est consulté avec le médecin qui le visitait précédemment, ou quand celui-ci ne veut plus traiter le malade, ou lorsqu'il a été duement averti que ses services n'étaient plus requis."

Voilà mot à mot ce que dit le code. Voici maintenant comment quelques-uns de nos médecins dirigeants le mettent en pratique. Nous ajouterons seulement qu'en matière d'interprétation il faut toujours laisser une marge, et qu'en ces choses, le caractère individuel domine souvent. Il est facile d'observer l'esprit d'une loi tout en conservant une certaine liberté d'action. Mais l'étiquette professionnelle, observée dignement par un médecin, lui attire toujours l'estime de ses confrères.

Dans un cas d'éventualité subite, vous accourez auprès du malade et lui donnez les soins voulus ; en même temps vous demandez qu'on aille chercher le médecin traitant. Si celui-ci pour le moment ne peut venir, vous donnez vos soins au patient jusqu'à ce qu'il soit mieux, puis, à la première occasion, vous prévenez le médecin traitant de ce qui s'est passé, afin de le guider dans son traitement. Il est d'habitude dans ces cas de ne rien charger : c'est un service qu'on rend à un confrère.

Quand on a été appelé en consultation, on ne peut plus, pour aucune raison,

prendre ensuite le malade sous sa charge, ou même retourner le voir seul. On se trouve lié envers le médecin traitant, et cela à un tel point que, si la famille nous demandait de soigner le malade, il faudrait lui répondre : " A présent je ne puis plus. Vous auriez dû ne pas m'appeler en consultation si vous aviez le désir que je soigne le malade." Cette règle est suivie rigoureusement par tous les principaux médecins de Montréal, tant anglais que canadiens-français.

Quand le médecin traitant ne veut plus traiter le malade, la question se trouve réglée d'elle-même.

Reste le cas où le malade veut changer de médecin, ce qu'il a toujours le droit de faire, que ses raisons soient fondées ou non. Dans ce cas, on accepte de traiter un malade, et l'on n'est pas obligé d'en avertir soi-même le médecin traitant; mais on doit exiger que la famille fasse la chose. De plus, pour ne pas causer de dommages pécuniaires au premier médecin, il est de bonne pratique d'exiger, avant de prendre soin du cas, que le malade ou la famille ait réglé son compte, ou au moins ait pris des arrangements pour cela. On demeure alors entièrement libre vis-à-vis de tout le monde, et l'on peut agir à sa guise.

Quand, rendu près d'un malade, on s'aperçoit qu'il est sous les soins d'un confrère, il y a deux choses à faire. Si la maladie est grave et demande une intervention immédiate, on agit comme dans un cas d'éventualité subite. Si la maladie n'est pas grave, on doit refuser de soigner le malade, à moins que celui-ci ou la famille ne désire changer de médecin. Il faut alors agir comme nous avons dit plus haut, et ne prendre soin du malade qu'après que tout a été réglé.

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

Nous avons reçu d'Angleterre le texte de la résolution adoptée il y a deux ans par le Conseil de l'Association au sujet des personnes qui peuvent être membres ou assister aux séances de l'Association Médicale. Le voici :

RÉSOLU : que tout en reconnaissant que c'est un devoir et un plaisir de recevoir cordialement les médecins praticiens étrangers qui assistent à l'Assemblée générale annuelle de l'Association, le Conseil est d'avis, et cet avis est confirmé par les autorités légales, qu'il ne peut accorder à ces praticiens le privilège d'être membres, parce qu'il a accepté l'origine ainsi que les règles et règlements de l'Association, que le mot " qualifiés " du règlement No 1 signifie pour lui les sujets anglais dont les noms sont portés sur le registre médical d'Angleterre et d'Irlande, ou ceux qui demeurent dans une possession britannique quelconque et ont le droit légal de pratiquer dans ces possessions, et que la portée de ces définitions ne peut pas être augmentée.

Malgré le grand désir du Comité Exécutif Local de bien recevoir les nombreux médecins américains qui ont déjà manifesté l'intention de venir, cette résolution du conseil lui lie les mains. Nos amis des Etats-Unis et du Mexique ne pourront assister aux séances que comme invités. Les sujets britanniques seuls peuvent être membres.

Le Dr Roddick, président élu de l'Association Britannique, est revenu le 4 courant d'un voyage à Londres, où il a assisté à une assemblée du Conseil Général de l'Association et s'est activement occupé de l'organisation de l'assemblée du mois d'août prochain. Tout fait présager un heureux succès.

Le Conseil Général, entre autre chose a établi la liste des présidents, vice-présidents et secrétaires des diverses sections. Les membres de l'Association à Montréal ont pensé qu'il valait mieux, pour assurer le succès de la prochaine réunion, faire présider les différentes sections par des médecins connus d'Angleterre. Non pas parce que l'on croit que les médecins canadiens n'auraient pu remplir ces positions avec avantage, mais parce qu'on espère ainsi attirer un plus grand nombre de médecins d'Amérique désireux de connaître les personnalités marquantes d'outre mer. Les médecins canadiens en vue occuperont les charges de vice-présidents et de secrétaires honoraires. Le Conseil Général de Londres s'est conformé au vœu de la branche locale de l'Association, et la liste, maintenant terminée, sera publiée quand le comité aura reçu les adhésions des médecins nommés.

Nous pouvons annoncer dès maintenant que le discours sur la médecine sera prononcé par le Dr Osler, de Baltimore, et que MM. les Drs Stephen Mackenzie, Christopher Heath et Watson Cheyne, de Londres, seront respectivement présidents des sections de médecine, de chirurgie et de pathologie. Lord Lister, le vulgarisateur de l'antiseptie en Angleterre, a aussi promis d'être présent.

Le Dr Roddick, dans un banquet que les membres de l'Association lui ont donné à Londres avant son départ, a énuméré dans un discours très applaudi les nombreux points d'intérêts qu'offre une visite au Canada, la première des colonies anglaises, et l'enthousiasme manifesté à ce banquet permet de compter sur une assistance très nombreuse le 31 août prochain.

Nous apprenons avec regret que le Dr Brouardel, qui doit assister au Congrès de Moscou, ne pourra pas venir au Canada. Le Conseil Général est à faire les démarches nécessaires pour s'assurer la présence du Dr Roux, de l'Institut Pasteur, ou du Dr Bertillon, du Bureau d'Anthropométrie.

Le sous-comité des excursions a obtenu des concessions très favorables du Grand Tronc et du Pacifique Canadien. Ces compagnies de chemin de fer offrent de conduire, l'une jusqu'à Sarnia, l'autre jusqu'à Port Arthur, pour la moitié du prix, les membres de l'Association et leurs invités. En outre, le C. P. R. offre les mêmes avantages à ceux qui voudront traverser le continent; il accordera pour le prix d'aller des billets de retour de Montréal à Vancouver, avec le privilège d'arrêter en route à toutes les places importantes.

Le comité ne sait pas encore d'une manière définitive si les compagnies accorderont ces faveurs aux membres canadiens de l'Association, mais il croit que oui.

Le sous-comité des amusements a déjà fait des arrangements pour organiser des concours de golf, de tennis et de la crosse entre les membres visiteurs et ceux de Montréal.

Un comité de dames s'occupera de son côté des femmes et des filles des médecins visiteurs.

Nous apprenons de Toronto que l'on a organisé une excursion très intéressante à travers la péninsule du Niagara, Kingston et les Mille Îles. Cette excursion sera faite pour les membres de l'Association Britannique, pour l'Avancement des Sciences, ainsi que pour les membres de l'Association Médicale.

CHRONIQUE

La Société des Internes de l'Hôpital Notre-Dame a procédé le mois dernier à la formation de son bureau pour 1897. Le Dr A. Joyal a été élu président, et le Dr E. P. Benoit, vice-président; le Dr W. Dérome, demeure secrétaire-archiviste. La Société continue ses séances régulières, qui sont très suivies par tous les membres. L'œuvre du professeur Desrosiers s'affirme de plus en plus, et la Société, qui compte aujourd'hui 40 membres, est en pleine voie de prospérité. Nous croyons que c'est à ce moment la seule société médicale canadienne-française à Montréal.

Nous devons à l'obligeance de *Monde Illustré* de publier les gravures qui accompagnent l'article sur le traitement chirurgical des gibbosités. Elles aideront nos lecteurs à se rendre un compte exact de la nouvelle opération pratiquée par le Dr Calot.

Le Dr Lamarche a donné le 9 février, à l'Université Laval, une conférence très applaudie sur l'anatomie et la physiologie du corps humain. L'orateur a su rendre intéressants pour le nombreux public qui se pressait dans la salle, les détails les plus techniques en les expliquant par des images saisissantes et des comparaisons appropriées. Le Dr Lamarche a remporté un vif succès.

La peste a fait de nouveau son apparition dans les Indes, à Bombay surtout, et dans le district environnant. La dernière épidémie avait eu lieu en 1884, au voisinage de Bagdad. Depuis, on n'avait pas entendu parler de cette maladie terrible, qui fut pendant un temps la frayeur de l'Europe.

La peste à bubons est une vieille maladie, elle désola l'empire romain sous Néron, et vers le milieu du VI^e siècle, sous Justinien, exerça ses terribles ravages pendant cinquante années consécutives. Les historiens l'appelèrent alors *pestis inguinaria*, mais elle ne fut décrite par des médecins qu'après l'épidémie de 1346 à 1353. Tous les siècles suivants virent une épidémie de peste parcourir l'Europe. Elle disparut quelque temps au commencement de ce siècle, mais, depuis 1856, elle revient fréquemment en Asie.

Ces pays d'Orient, où la population est très dense, très malpropre, où la misère physiologique règne sur une grande échelle, entretenu par un climat meurtrier et des mœurs indescriptibles, sont tout naturellement indiqués pour servir de berceau à des maladies virulentes comme la peste et le choléra.

Le début de la peste à bubons est brusque, imprévu, et l'invasion se marque par l'apparition de troubles graves : céphalalgie, vertige, dilatation pupillaire, faciès altéré ; de plus le malade se plaint d'une sensation de feu qui le brûle intérieurement. Cette période d'incubation varie dans sa durée, qui est de quelques heures à quelques jours et varie aussi dans son intensité. La fièvre accompagnée de prostration ouvre le deuxième stade. frisson, peau brûlante et sèche, soif ardente, mal de tête parfois insupportable, larmolement et conjonctivite, langue recouverte d'un enduit blanc, crayeux ; douleurs dans l'estomac et l'intestin ; vomissements, pouls fréquent, respiration accélérée. Quelquefois état typhoïde. Après deux ou trois jours de fièvre, parfois moins, surviennent des douleurs aux aines, aux aisselles, au cou, et les bubons apparaissent ; en même temps, la fièvre baisse et le pouls devient plus ample. Très souvent il n'y a qu'un seul bubon à l'aîne. Ces bubons caractérisent la peste comme les lésions de l'intestin caractérisent la fièvre typhoïde. Après leur apparition, la maladie s'aggrave et le malade meurt généralement. Si la convalescence s'établit, c'est par une suppuration longue et épuisante.

Tels sont les symptômes généraux de cette terrible maladie, dont l'action est très virulente. Quelquefois elle prend une forme foudroyante et emporte le malade en quelques heures. Souvent aussi elle peut empoisonner le malade sans grandes manifestations. C'est ce qui faisait dire au Dr Yersin : "La peste, mais c'est la plus propre des maladies infectieuses ; vous vous sentez légèrement malade, vous avez un peu de fièvre, le bubon apparaît et vous mourrez sans avoir de ces sales complications qui accompagnent généralement les maladies virulentes." Encore un peu et on serait prêt à recommencer.

Comme chacun sait, le Dr Yersin a pu obtenir par inoculation un sérum anti-pestueux qui a une action curative très efficace. La plupart des cas très graves qu'il a soignés ont guéri. Malheureusement, ce sérum est très long à préparer, et la provision s'étant épuisée, le Dr Yersin est revenu dernièrement en Europe recueillir les fonds nécessaires pour continuer son œuvre.

La peste aujourd'hui n'effraie plus comme par le passé, et l'Europe ne s'inquiète pas trop ; elle se sent protégée par ses quarantaines. Espérons qu'aux Indes l'épidémie ne s'étendra pas trop.

La Tridigestine est un mélange en proportions égales de pepsine, diastase et pancréatine. Une cuiller à café contient 2 grs pepsine, 2 grs diastase et 2 grs pancréatine. On l'ordonnera dans les dyspepsies rebelles ou compliquées et les gastro-entérite chroniques et quand il existe un mauvais fonctionnement de tout le tube digestif. A prendre au repas dans un peu d'eau à la dose de une à deux cuillerées à café.

DÉCÈS

BROUILLET.—A la ville de Maisonneuve, le 1er courant, à l'âge de 1 an 11 mois 20 jours, Marie-Louis-Joseph-Armand, enfant de M. V. J. E. Brouillet, M.D.

BROUILLET.—A la ville de Maisonneuve, le 12 courant, à l'âge de 4 ans 8 mois 21 jours, Marie Joseph-Anne-Parmésia, enfant de M. V. J. E. Brouillet, M.D.

BIBLIOGRAPHIE

FÉLIX ALCAN, Libraire-Éditeur, 108, Boulevard Saint-Germain, Paris.—
Collection Médicale, élégants volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 et
à 3 francs.

Viennent de paraître :

- FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN et MALHERBE.—Chirurgie de la face, par les Drs
FÉLIX TERRIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté
de médecine de Paris, GUILLEMAIN et MALHERBE, anciens internes des hôpi-
taux, avec gravures..... 4 fr.
- A. POZZI.—Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi,
professeur à l'École de médecine de Reims, avec 133 gravures. 4 fr.
- S. ICARD.—La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic
et traitement de la mort apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures. 4 fr.
- E.-P. LÉON-PETIT.—Le Phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P.
LÉON-PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures..... 4 fr.
- J. LAUMONIER. Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie,
par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures..... 4 fr.
- S. ICARD.—L'alimentation des nouveau-nés, Hygiène de l'allaitement artificiel,
par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures..... 4 fr.
- S. RIBBING.—L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S.
RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède)..... 4 fr.
- F. LAGRANGE.—Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par
le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut. 4e édition..... 4 fr.
- F. LAGRANGE.—De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. LAGRANGE.
2e édition 4 fr.
- LEVILLAIN.—Hygiène des gens nerveux, par le Dr LEVILLAIN. 3e édition. 4 fr.
- J. VOISIN.—L'idiotie. Psychologie et éducation de l'idiot, par le Dr J. Voisin,
médecin de la Salpêtrière, avec gravures..... 4 fr.
- CH. FÉRÉ.—La famille névropathique. Hérité, prédisposition morbide. dégéné-
rescence, par le Dr Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures..... 4 fr.
- A. MOSSO.—L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mossò, professeur à
l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant LEGROS. 4 fr.
- P. SIMON. — Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. SIMON, profes-
seur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures..... 4 fr.
- A. POZZI.—Eléments d'anatomie et de physiologie générale et obstétricale, par
le Dr A. Pozzi, professeur à l'école de médecine de Reims, avec 219 gra-
vures 4 fr.
- FÉRÉ.—Le traitement de aliénés dans les familles, par le Dr FÉRÉ, médecin de
Bicêtre. 2e édition 3 fr.
- FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE.—Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirur-
gicales, par les Drs FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de
Paris, membre de l'Académie de médecine, et M. PÉRAIRE, ancien interne
des hôpitaux, assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Bichat, avec
gravures..... 3 fr.
- Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par les mêmes, avec 37 gravures... 3 fr.
- L'opération du trépan, par les mêmes, avec 222 gravures..... 4 fr.
- MACARIO.—Manuel d'hydrothérapie, Par le Dr MACARIO..... 3 fr.

Envoi franco contre mandat ou timbres-poste.