

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>Quelques suggestions pratiques au sujet des tubes du Crookes</i> , par le professeur FOUCHER.....	321
<i>L'Anthropométrie</i> , par le Dr L. H. ROY, statisticien du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.....	324
<i>Cancer primitif de l'œsophage</i> , par M. T. BRENNAN, M. D., <i>Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame</i> , et A. ETHIER, M. D., <i>ancien interne</i>	335
<i>Pleurésie purulente à pneumocoques</i> , (<i>pneumonie lobaire gauche, épanchement purulent consécutif, mort</i>), par E. P. BENOIT, M. D., <i>chef de clinique à l'Hôpital Notre-Dame</i> , et T. PARIZEAU, M. D., <i>pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame</i>	340
<i>Société des Internes de l'Hôpital Notre-Dame</i> , (séances des 8, 29 avril, et 13 mai 1897).....	345
REVUE DES JOURNAUX.	
CHIRURGIE.	
<i>Diagnostic du cancer du rectum</i> , (QUÉNU).....	349
<i>Traitement chirurgical de la perforation spontanée de l'estomac</i> , (LE-DENTU).....	351
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>Examen bactériologique des sécrétions génitales dans la grossesse et l'état puerpéral</i> , (WALTHARD).....	354

(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.—DUFARDIN-BEAUMONT.

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 propriété 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 désinfectives 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 cuillerée 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. LLOYD WOOD, 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 Fahrenheit.

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)

	PAGES
<i>Syphilis héréditaire: développement d'enfants d'un poids extrêmement faible, (TROISFONTAINES)</i>	355
<i>Traitement opératoire des fistules génito-urinaires chez la femme, (KOUNT-CHIWRITCH)</i>	357
<i>Action antigalactagogue du camphre,, (HERRGOTT)</i>	358
<i>De la mort après la laparotomie, (FRITSCH)</i>	358
<i>Des médicaments contre-indiqués dans la grossesse, (" Revue des maladies des Femmes ")</i>	360
REVUE D'HYGIENE,	
<i>La filtration de l'eau</i>	361
REVUE DE PÉDIATRIE (CORMIER.)	
<i>Recherches sur la pathogénèse du rachitisme, (ETTORE)</i>	367
ART DENTAIRE.—(DUBEAU)	
<i>Chirurgie dentaire</i>	371
<i>La névralgie dentaire chez les femmes enceintes</i>	372
FORMULAIRE.	
<i>Asthme.—Contractions tétaniques de l'utérus pendant l'accouchement.—Mélange pour tarir la sécrétion lactée.—Dyspepsie par atonie gastrique.—Brûlures</i>	374
<i>Epistaxis à répétition.—Antisepsie intestinale.—Anticholorique</i>	375
BULLETIN MÉDICAL.	
<i>La calvitie vulgaire</i>	376
<i>Le progrès des rayons X</i>	377
<i>Insuffisance de la valvule tricuspide d'origine rhumatismale</i>	377
<i>L'opération du mal de Pott</i>	377
<i>Le rôle physiologique des leucocytes</i>	378
COURRIER DES HOPITAUX.	
<i>Hôpital Notre-Dame, notes de L. A. LAMARCHE, M. D., interne-en-chef</i>	379
INTERETS PROFESSIONNELS.	
<i>Les élections médicales au Nord-Ouest</i>	381
CHRONIQUE.	
<i>L'Association Médicale Britannique</i>	384

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - **MONTREAL.**

BELL TELEPHONE 4396.

Instrumente 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 soigneuse 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 TOUS GENRES
pour la Physiologie

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

TROUSSES & BOÎTES MÉTALLIQUES

VIDES ou GARNIES
pour Médecins, Chirurgiens
et Accoucheurs.

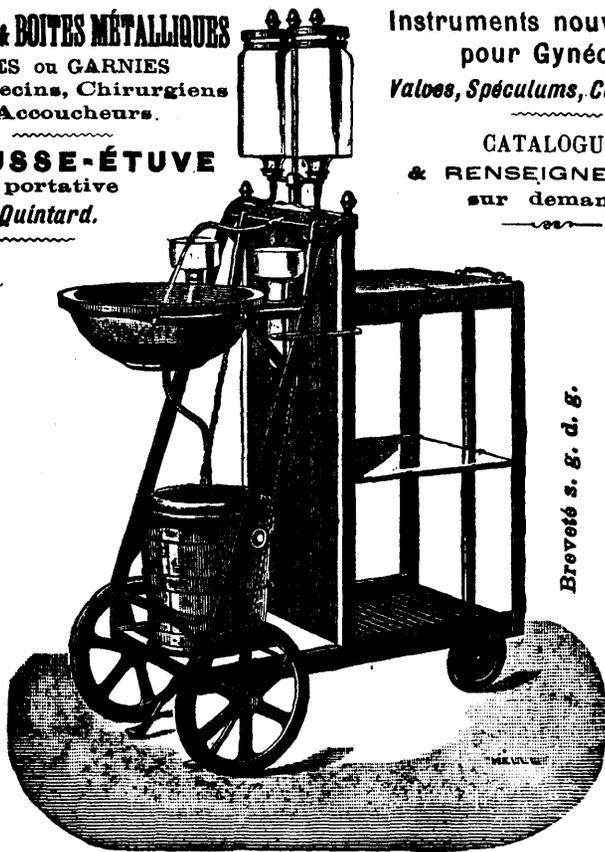
TROUSSE-ÉTUVE

portative
du Dr Quintard.

Instruments nouveaux
pour Gynécologie :
Valoes, Spéculum, 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 OPÉATOIRE 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

QUELQUES SUGGESTIONS PRATIQUES AU SUJET DES TUBES DE CROOKES.

Par le Professeur FOUCHER.

Parmi les difficultés que rencontrent ceux qui se livrent à l'étude des rayons X, une des principales repose dans l'instabilité des tubes de Crookes. Au début, leur rendement est satisfaisant et répond au débit des machines destinées à les actionner, mais graduellement, la source électrique restant la même, l'intensité lumineuse s'affaiblit et les tubes finissent par ne plus s'éclairer. On a conseillé alors pour y remédier de chauffer le tube ou la chambre où se trouve l'instrument, d'établir les contacts avec la machine en sens renversé. Le courant qui passe alors dans le tube, en sens opposé à la normale, lui donne un regain de vitalité. Il en est ainsi du chauffage du tube ; mais ces deux procédés font perdre du temps et la chaleur appliquée directement sur le tube peut lui être nuisible. Porter a suggéré d'entourer, *sans y toucher*, l'extrémité cathodique, avec un anneau en fil de cuivre relié à la terre ou au fil de la cathode. Berliner emploie un cylindre en bois dont il humecte la partie interne avec de la glycérine et dont il recouvre l'extrémité cathodique.

Monell, dans le traité qu'il vient de publier sur les rayons X, et qui date du 7 mai courant, conseille de chauffer le tube à la lampe à alcool, et, si ce procédé ne réussit pas, de le laisser reposer pendant quelques jours. Si, après en certain temps, le tube ne redevient pas meilleur, il ne reste qu'à en acheter un autre.

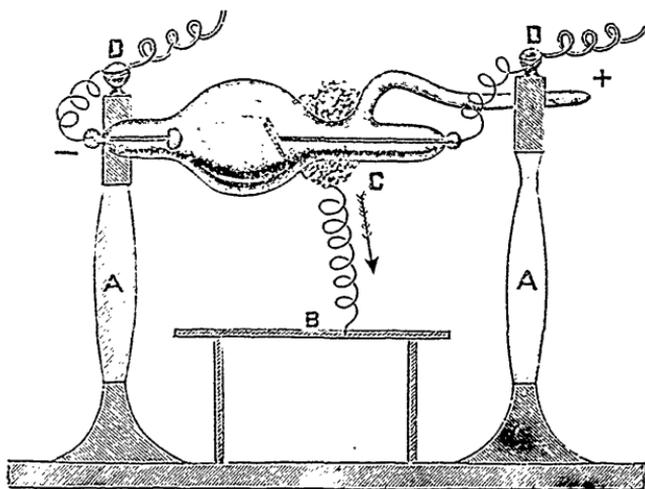
Enfin, dans une note adressée au *British Medical Journal*, en date du 8 mai, Ireland et Howlett suggèrent une méthode simple d'augmenter l'efficacité des tubes.—Le procédé consiste à *envelopper l'extrémité cathodique du bulbe avec du coton absorbant humide, de façon à établir un contact avec le fil de la cathode.*—En cherchant lequel de ces procédés est le plus effectif, je crois en avoir trouvé un autre qui rendra service à ceux qui s'occupent de radiographie.

J'ai constaté d'abord qu'un tube qui manque d'activité peut être stimulé dans son action par le simple fait de souffler dessus ou de le toucher du bout du doigt. La réaction est immédiate. Mais souffler sur le tube n'est pas un moyen bien pratique de remédier à son inaction, parce que, dès que l'on cesse de souffler, le tube redevient à son inertie première.

Une soufflerie, autre que celle de la bouche n'aurait pas le même effet ; une

douche d'air avec la poire Politzer, par exemple, n'a aucune action sur le tube. Par contre, une vaporisation humide est effective. J'ai cru tout d'abord qu'en soufflant sur le tube c'était l'air chaud qui agissait, à la façon de la lampe à alcool, mais l'expérience du vaporisateur m'a fait croire que c'était plutôt la chaleur humide ; si on projète sur le tube un courant d'air chaud sec, comme on peut l'obtenir en soufflant, avec une poire en caoutchouc, sur une lampe à incandescence, on n'obtient aucun résultat. Quant à l'expérience du doigt, elle est aussi très efficace et très probante, mais peu pratique avec l'impossibilité et le désagrément de tenir constamment le doigt sur le tube. Encore ici j'ai cru que la chaleur du doigt pouvait expliquer le phénomène, mais en touchant le tube avec une petite éponge humide, tenue à la main, je constatai le même résultat.

Il m'a paru évident que la résistance, en augmentant dans les tubes de Crookes, force l'électricité à se répandre sur le tube lui-même, à l'envelopper en quelque sorte. Il en résulte une véritable polarisation positive qui attire les particules négatives de l'intérieur du tube et ce dernier cesse alors de fonctionner. En vaporisant du liquide sur le tube, on facilite l'écoulement de cette électricité dans l'atmosphère, mais on obtient ce résultat d'une façon plus constante et plus satisfaisante, en mettant la moitié cathodique du tube en contact avec le sol, par l'intermédiaire d'une éponge mouillée reliée à un fil métallique. Dans mes expériences avec les rayons X, j'ai fixé, dès le début, mon tube sur deux supports en verre tel que représenté ci-dessous. (A. A.)



Le tube est donc parfaitement isolé.

Je croyais, par ce moyen, réussir à diminuer la déperdition d'électricité, et, par là même, obtenir un meilleur éclairage ; c'est probablement le contraire qui a eu lieu dès que la résistance a commencé à augmenter à l'intérieur du tube. En effet, l'électricité, ne pouvant s'échapper qu'à travers les fils conducteurs, devait se répandre plus facilement sur le tube et le polariser plus vite que s'il eut été fixé à un support en bois conducteur du courant. Mais le bois sec, conduit difficilement et d'une manière insuffisante l'électricité à faible potentiel qui

se polarise à la surface du tube Crookes, c'est pour cette raison qu'il est préférable de se servir d'une éponge humide; on peut tailler un anneau dans une éponge, en coiffer l'extrémité cathodique, relier cette éponge à la table, d'une manière permanente, à l'aide d'un fil de cuivre (c). Si le tube cesse de fonctionner, il n'y a qu'à verser quelques gouttes d'eau sur l'éponge et le traitement est efficace. Dans le cas de notre tube, il a toujours suffi de mettre un point quelconque, jusqu'au $\frac{2}{3}$ du bulbe, du côté de la cathode, en contact avec l'éponge humide pour obtenir l'effet désiré.

Un autre point sur lequel je désire attirer l'attention, c'est sur la manière de relier les poles du tube à la machine électrique. Les fils employés varient du No 12 au No 18, et sont, par conséquent, beaucoup plus gros que les fils de platine du tube. En établissant fréquemment le contact de ces différentes parties, ou, encore, en déplaçant l'appareil, on court le risque de briser le faible fil de platine au point d'union, et de rendre impossible, par là même, le passage de l'électricité. J'ai remédié à cet inconvénient en fixant à chaque pole un fil de cuivre fin, de même diamètre que celui du tube; ce fil recouvert de soie est roulé en spirale et s'attache à deux boules en cuivre qui surmontent les deux supports (d. d.) Le courant de la machine électrique est apporté à ces boules par un gros fil; de cette façon, les tiraillements sur ce dernier n'ont aucune action sur le fil de platine. De même les spirales du petit fil de cuivre permettent de tourner le tube en tous sens sans tirailler les fils de platine. Enfin, la table (b), en-dessous du tube, m'a paru faciliter beaucoup la photographie de la main, du bras, du pied ou de la jambe

Montréal. 24 mai 1897.

Fièvre typhoïde (PETER).—1. Dès les premiers jours, en observant bien, on peut quelquefois noter chez les typhiques des oscillations vibratoires de l'extrémité de la langue, tremblement qui se retrouve aussi dans d'autres muscles, particulièrement dans ceux des lèvres et dans tous ceux qui ne reposent pas sur un plan solide;

2. La trémulance n'est pas un phénomène commun dans le cours des maladies aiguës, elle est l'indice d'une intoxication déterminée; or, le typhique est intoxiqué tout comme l'alcoolique et tous deux tremblent de la langue et des lèvres;

3. Dans la fièvre typhoïde, l'enduit de la langue manque assez souvent;

4. Les oscillations vibratoires du muscle lingual, de l'orbiculaire des lèvres, etc., trahissent l'influence du poison sur tout le système musculaire;

5. Dans une maladie au début, que l'on soupçonne être une fièvre typhoïde, la première chose à faire est donc de rechercher s'il existe un peu de tremblement du bout de la langue et des lèvres;

6. Ceci constaté, on fait tenir debout le malade, on le voit qui chancelle bientôt comme un ivrogne, ce qui prouve combien est affaiblie la puissance musculaire;

7. Enfin, faisons coucher notre malade et observons son attitude: c'est un laisser aller d'insouciance et de résignation, les membres reposent affaissés, la face n'exprime ni désir, ni souffrance, ni crainte, ni préoccupation.—LARAMÉE.

“ L'ANTHROPOMÉTRIE ”

Par le Dr L. J. H. ROY,

Statisticien du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

Le merveilleux talent de Monsieur le Dr A. BERTILLON ne pouvait concevoir d'idée plus heureuse, ni trouver une application plus utile de l'anthropométrie, que celle qu'il en fit, lorsque, en 1882, il songea à employer cette science si pleine de ressources, comme procédé d'identification des criminels.

Depuis longtemps, les gardiens des prisons de Paris remarquaient assez souvent, parmi les nouveaux prisonniers qu'on leur amenait, (les “*rentrants*,” comme ils sont appelés là-bas), d'anciens détenus condamnés antérieurement sous d'autres noms. Ces individus, qui avaient déjà subi une ou plusieurs condamnations, lorsqu'ils étaient arrêtés de nouveau, avaient tout intérêt à cacher leurs vrais noms. Du reste, cela se passe ainsi, tous les jours, dans tous les pays. Cette dissimulation d'identité était devenue si fréquente, que, dans quelques prisons de Paris seulement, on en dénonçait une vingtaine par mois. De plus, les nouvelles lois pénales, dites de rélegation, de libération conditionnelle et de sursis de peines (lois Béranger, mises en vigueur en France, à cette date, avaient singulièrement augmenté le nombre des dissimulations d'identité, par cela même qu'elles les rendaient plus tentantes.

Pour éluder ces fraudes, sur les nombreux inconvénients desquelles il n'est pas besoin d'insister, on avait eu recours, depuis quelques années, à la photographie. Tous les condamnés étaient photographiés dès leur arrivée au Dépôt. Mais ce moyen ne tarda pas à devenir illusoire, car, en 5 années, 50.000 cartes photographiques avaient déjà été réunies, et il était devenu presque impossible de rechercher avec succès, dans cette immense collection, le portrait d'un individu donné. C'est à ce moment, en décembre 1882, que la méthode anthropométrique, inventée par Monsieur le Dr A. Bertillon, fut adoptée à la préfecture de police de Paris.

Le système Bertillon, comme on l'appelle généralement, consiste en un procédé d'identification permettant de retrouver le véritable nom d'un récidiviste au moyen de son seul signalement. Il peut aussi servir de cadre pour une classification de photographies des condamnés. Le premier but de la méthode anthropométrique, fut de permettre de reconnaître les récidivistes et de leur appliquer des lois spéciales et cela grâce au signalement qu'on avait de leurs personnes.

Le système Bertillon, servant à l'identification individuelle, se compose de trois signalements : 1° le signalement anthropométrique ; 2° le signalement descriptif ; 3° le signalement à l'aide des marques particulières, telles que cicatrices, tatouages, etc. Ces trois procédés d'identification appliqués au même individu,

et employés avec la science et le jugement voulus, ont fait de ce système un moyen précieux de reconnaître l'identité ou la non-identité d'une personne, et, si l'on considère la facilité avec laquelle il permet de classer les signalements, on conviendra, avec tous ceux qui se sont donné la peine de l'étudier sérieusement, qu'il possède un cachet de supériorité remarquable sur tous les autres procédés d'identification, préconisés, depuis ces dernières années, par quelques autres spécialistes.

1° Du signalement anthropométrique.

L'emploi de l'anthropométrie comme procédé d'identification, repose sur les trois données suivantes, que l'expérience de ces quinze dernières années a rendues indiscutables, savoir :

1° " La fixité à peu près absolue de l'ossature humaine à partir de la vingtième année d'âge." En effet, la taille seule, ou plus exactement les fémurs continuent souvent à croître pendant deux ou trois ans encore, mais si peu, qu'il est facile d'en tenir compte. La pratique montre que cette faible augmentation est compensée et au-delà, par l'incurvation de la colonne vertébrale, désignée sous le nom de *voûte* sur la fiche anthropométrique, et qui, commençant vers la vingtième année, va, peu à peu, en s'accroissant jusqu'à la vieillesse ;

2° " La diversité extrême de dimensions que présente le squelette humain comparé d'un sujet à un autre," à tel point qu'il serait fort difficile de rencontrer deux individus pourvus d'une ossature, je ne dirai pas rigoureusement identique, mais seulement assez voisine pour être confondue ;

3° La facilité et la précision relative avec laquelle certaines dimensions du squelette sont susceptibles d'être mesurées sur le vivant au moyen de compas d'une construction simple.

Voici parmi les innombrables mesures qu'il est possible de relever sur le corps humain, celles, qu'après une minutieuse critique, le Dr Bertillon a définitivement admises à figurer sur le formulaire du signalement anthropométrique :

Mesures relevées sur l'ensemble du corps :	{	Taille, (hauteur de l'homme debout).
		Envergure des bras.
		Buste, (hauteur de l'homme assis).
Mesures relevées sur la tête :	{	Longueur de la tête.
		Largeur de la tête.
		Longueur de l'oreille droite.
		Largeur de l'oreille droite.
Mesures relevées sur les membres :	{	Longueur du pied gauche.
		Longueur du doigt médium gauche.
		Longueur de l'auriculaire gauche.
		Longueur de la coudée gauche.

Ces constatations n'ont de valeur qu'à la condition, *sine qua non*, qu'elles soient relevées d'une façon rigoureusement uniforme et précise.

La valeur signalétique d'une longueur osseuse est en effet, toutes choses égales d'ailleurs, directement proportionnelle à la précision de sa mensuration. La moindre négligence, ou seulement la moindre différence dans la façon d'opérer, qui diminuerait la précision de l'observation, pourrait, en se réper-

cutant par la succession des mesures, arriver à réduire pres-qu'à néant la valeur signalétique d'une description anthropométrique.

Ces considérations démontrent, jusqu'à l'évidence, l'obligation inéluctable de relever les mesures avec toute la rigueur possible, et toujours en se conformant exactement aux prescriptions minutieuses qui font l'objet de la partie technique du travail du Dr Bertillon. Le court résumé que je vais essayer de donner ici, tout en étant manifestement insuffisant pour guider une mise en pratique, servira, à tout le moins, à fixer les idées des lecteurs de l'*Union Médicale*, sur la signification de chacune de ces constatations.

“ La hauteur de la taille ” est projetée au moyen d'une équerre en bois de forme spéciale, sur un mètre gradué fixé verticalement au mur. Le sujet, pieds nus, est adossé au mur, la colonne vertébrale à environ 15 centimètres à gauche de la graduation. L'opération est d'autant plus juste qu'elle est exécutée plus rapidement.

L'envergure ou longueur des bras étendus en croix est prise immédiatement après, sans presque avoir à déranger le sujet, au moyen d'une graduation murale, dont les verticales centimétriques peuvent s'adapter à toutes les tailles.

La mensuration de la hauteur du buste, (hauteur de l'homme assis), est effectuée ensuite à l'aide d'instruments analogues à ceux employés pour la taille.

Les deux diamètres céphaliques (longueur et largeur du crâne) doivent être relevés au moyen d'un compas spécial, muni d'un arc de cercle gradué, du type appelé communément “ compas d'épaisseur.” La longueur de la tête est mesurée de la concavité de la racine du nez, prise comme point fixe à la partie la plus saillante du derrière de la tête.

La mensuration de la largeur de la tête (diamètre transverse maximum) est une opération un peu plus délicate; ici, il n'y a pas de point fixe, et les extrémités des deux branches de l'instrument doivent être déplacées à la fois horizontalement et symétriquement de chaque côté de la tête. De plus, ces deux observations doivent toujours être contrôlées avec soin en fixant les branches du compas, au moyen de la vis d'arrêt, à l'écartement trouvé par une première investigation, et en les essayant de nouveau sur la tête du sujet afin de modifier la *pointure* jusqu'à ce que le double contact désirable soit atteint.

Les deux diamètres de l'oreille droite sont mesurés sur leur axe maximum, au moyen d'un petit compas à coulisse spécial, en ayant soin de ne pas déprimer, en quoi qu'elle soit, les parties molles.

Je ferai, en passant, la remarque qu'à Chicago, la mesure dite de “ la largeur de l'oreille ” a été abandonnée à cause des difficultés de mensuration qu'elle offre. On l'a remplacée par la mesure de la largeur de la face à la hauteur des deux arcades zigomatiques, (Cheek width). La mensuration de l'oreille est la seule opération qui s'effectue sur le côté droit du sujet, toutes les observations unilatérales qui vont suivre devant porter exclusivement sur le côté gauche. Le pied gauche nu doit être mesuré en ayant soin de faire reposer tout le poids du corps sur ce pied étendu à plat à terre, ou de préférence sur un tabouret. L'on mesure le long du pied, du côté du gros orteil, avec un grand compas à

coulisse dont la branche fixe est placée au talon, la branche mobile doit toucher le gros orteil sans déprimer.

Inutile de dire que la longueur anthropométrique du pied diffère de la "mesure" relevée par le cordonnier, et qu'un soulier dont on aurait pris la mesure d'une façon aussi juste, ne pourrait être chaussé. Le but poursuivi ici n'est pas de faire une paire de souliers, mais de chercher à obtenir une longueur constante que l'on ne puisse altérer, et que l'on soit toujours à même de reprendre aussi exactement quels que soient le moment et le lieu où l'on opère.

"Les doigts médium et auriculaire" de la main gauche sont mesurés d'équerre à partir du dos de la main au moyen des petites branches du grand compas à coulisse. Ces deux observations ont une valeur signalétique considérable à condition qu'elles soient relevées en se conformant exactement aux prescriptions.

La coudée gauche est mesurée de la pointe du coude à l'extrémité du médium, l'avant-bras étant plié à angle aigu par rapport au bras, et la main étendue à plat sur une table, les ongles en dessus. La table dont on se sert a la forme d'un tréteau dont le plan et les dimensions n'offrent aucune complication. Voilà pour les mensurations.

Avant d'atteindre leur état de perfectionnement actuel, que M. le Dr Bertillon regarde comme définitif, les instruments employés pour relever ces mesures, ont reçu de leur inventeur tous les perfectionnements possibles. Aussi, il serait bien imprudent de la part de qui que ce soit de vouloir leur apporter quelque modification, ou un changement quelconque, même minime, dans leurs formes comme dans la manière de s'en servir.

Voici maintenant les lignes principales de la méthode qui a présidé à la classification des signalements. Étant donné qu'on a, par exemple, 100,000 fiches à classer, on note d'abord la longueur du crâne; cette mesure est tantôt longue, tantôt moyenne, tantôt courte. On fixe par des chiffres la valeur de ces trois termes et l'on partage la collection des 100,000 fiches en trois tas de grosseur à peu près égale d'environ 30,000 fiches chacun. On prend ensuite une mesure variant indépendamment de la précédente, soit la largeur de la tête; elle peut être large, moyenne ou étroite; cela permet de diviser chacun des tas de 30,000 fiches en trois sous-tas ayant environ chacun 10,000 fiches. On prend ensuite la longueur du doigt médium, (mesuré dans une position déterminée par des instructions très précises.) Ce doigt peut être long, moyen, court; cela permet de diviser chacun des paquets de 10,000 en sous-paquets d'environ 3,000. Et ainsi de suite, chaque nouvelle mesure permettant de diviser par trois les paquets résultants de la mesure précédente.

Supposons maintenant qu'on ait à vérifier, dans la collection, si un individu qui vient d'être arrêté, et qui se dit sans antécédents judiciaires, n'y a pas précédemment été classé sous un autre nom. Il va de soi qu'il faudra, après avoir pris son signalement anthropométrique, se diriger vers la division de la longueur de tête correspondante à celle de l'individu examiné, s'arrêter à la subdivision de sa largeur de tête, pour chercher ensuite la sous-division de son médium, puis celle de son pied et celle de sa coudée. On arrive ainsi, d'élimination en élimination,

au paquet final qui devra contenir le signalement recherché, si, bien entendu, la personne arrêtée a déjà été condamnée antérieurement.

Quand une ou plusieurs des mesures, relevées à nouveau sur l'individu, tombent sur les *limites* des divisions de la classification, l'enquête doit être poursuivie dans les divers ombrancements, absolument comme dans un dictionnaire, on recherche, à différents endroits, les mots dont on ignore l'orthographe exacte.

C'est l'impossibilité de trouver un moyen aussi simple de classification, que celui que je viens de décrire, qui fait que tous les autres procédés d'identification dont on a parlé, pendant ces dernières années, tels que empreintes de la denture, empreintes digitales, dessins des pourtours du crâne, de l'oreille, photographies, etc., etc., etc., ont échoué.

Il y aurait encore bien des choses intéressantes à écrire sur cette première partie du système Bertillon, comme, par exemple, de décrire ce qu'il appelle "le maximum d'écart tolérable" dans chaque mensuration ou encore: "le degré d'approximation exigible en plus ou en moins" et "des divergences au-delà desquelles commence la faute lourde," tout cela en millimètres et fractions de millimètres, en un mot de la longueur maximum dont un observateur scrupuleux peut se tromper en plus ou en moins (+ ou —) autour du chiffre vrai idéal; mais le temps et l'espace me font défaut.

2° Du signalement descriptif.

Le signalement descriptif, opposé à l'anthropométrie, est celui qui décrit avec des mots, à l'aide de la seule observation, sans le secours d'instruments. Tel est le type bien connu des signalements encore en usage en France et un peu partout, pour les passe-ports, permis de chasse, etc. Mais combien le signalement descriptif du Dr Bertillon diffère des documents délivrés par l'Etat; combien aussi il est facile de constater jusqu'à quel point l'esprit observateur, et les procédés scientifiques du Dr Bertillon ont donné de valeur à ce signalement.

En effet, on y trouve un peu de la rigueur du signalement anthropométrique. Rien n'est laissé au hasard; et, quel que soit le caprice que la nature ait mis dans la formation des traits qui composent la physionomie humaine, grâce à la méthode des lignes d'approximation, on arrive par ce moyen à les décrire. Mais, ainsi qu'il le fait remarquer, la première des conditions qu'une notion méthodique doit remplir, est d'observer et de traduire, par des mots appropriés, l'ordre et la gradation que l'on observe dans la nature. Sous ce rapport, aucun terme de la langue usuelle ne saurait dépasser l'*expression numérique*, pour la finesse et la sériation des degrés; c'est là, conclut le Dr Bertillon, l'idéal dont il faut chercher à approcher.

Voici l'ordre dans lequel les différentes parties du visage sont décrites dans le signalement descriptif:

1° *L'œil*: Les couleurs de l'iris sont divisées en sept classes: 1° Iris impigmenté; 2° pigmentation jaune; 3° pigmentation orangée; 4° pigmentation châtain; 5° pigmentation marron en cercle; 6° pigmentation marron verdâtre; 7° marron pur. Inutile d'ajouter qu'on n'y mentionne pas les yeux gris ou noirs puisqu'ils n'existent pas.

Les formules descriptives des couleurs de l'iris se composent de quatre lignes : 1^o numéro de classe ; 2^o auréole, dont il donne la forme ; 3^o périphérie : proportionnalité de la surface couverte, nuance et ton ; 4^o particularités et anomalies de l'œil.

Le tableau chromatique des nuances de l'iris humain, attaché à l'ouvrage du Dr Bertillon, est tout ce qu'il y a de plus ingénieux pour bien nous renseigner.

Puis vient la notation de la couleur de la barbe et des cheveux dont toutes les nuances sont soigneusement nommées.

Quant au front, il est examiné au point de vue 1^o du degré de saillie des arcades sourcilières ; 2^o du degré d'inclinaison de sa ligne de profil par rapport à un plan horizontal que l'on supposerait passer par la racine du nez ; 3^o de la hauteur de l'extrémité supérieure de cette même ligne au-dessus du même plan ; et 4^o de sa largeur appréciée transversalement d'une tempe à l'autre.

Le nez est l'organe qui, chez l'homme, concourt le plus à donner au visage d'un chacun son caractère particulier. Les variétés 1^o de forme ; 2^o de dimensions présentent de très nombreuses combinaisons que la langue courante a ramené à trois ou quatre types faciles à reconnaître quand les caractères en sont bien tranchés. Malheureusement les formes intermédiaires sont beaucoup plus fréquentes que les formes types, et rentrent difficilement dans ces divisions ; toutefois, la méthode qu'il prescrit permet une définition rigoureuse de tous les cas imaginables.

L'oreille, grâce aux multiples vallons et collines qui la sillonnent, est le facteur d'identification le plus important du visage humain.

Il est en effet presque impossible de rencontrer deux oreilles qui soient identiques dans toutes leurs parties, et quelques-unes des variations de forme, que présente cet organe, paraissent subsister sans modification depuis la naissance jusqu'à la mort.

La description de l'oreille, tout en étant très habilement détaillée, est assez compliquée, et, suivant mon humble opinion, c'est l'organe dont l'étude, au point de vue du signalement, est la plus difficile. Heureusement qu'il nous reste toujours pour nous guider dans la description de l'oreille les deux photographies de face et de profil.

Au bureau d'identification de Chicago, on ne décrit pas l'oreille : la photographie que l'on en possède est si parfaite, que ce serait une précaution inutile d'en renouveler la description à l'aide des mots : Voilà pour la face.

Vient ensuite la corpulence, qui vise le volume général du corps proportionnellement à la taille. Elle doit être appréciée sous le rapport de la largeur des épaules et de la ceinture.

Enfin, le paragraphe des traits caractéristiques est destiné à compléter la partie descriptive du signalement. Ce chapitre comprend : la description des lèvres et du menton, le contour général de la tête (profil et face), les variétés d'implantation des cheveux, de la barbe et des sourcils, le modelé des paupières, la forme et le volume du globe oculaire et de l'orbite, la bouche, les rides, sillons et rictus de la face, l'expression de la physionomie, et, accessoirement, divers ren-

seignements relatifs à l'aspect général du sujet : dimension du cou, chute des épaules, attitude et allures générales, timbre de la voix, etc., etc.

3° Du signalement à l'aide des marques particulières.

Sur les anciens signalements, on ne consacrait qu'une ligne au relevé des marques particulières et cette ligne était presque toujours occupée par le mot "néant." Aujourd'hui, on y attache plus d'importance ; en effet, tout le monde a des marques particulières et souvent à son insu ; par exemple des grains de beauté, des cicatrices de coupures aux doigts, des points cicatriciels de funicules, tatouages, etc. Mais le relevé de ces marques, auxquelles on attachait peu de valeur précédemment, ne devient réellement utile que lorsque la précision la plus rigoureuse a présidé à leur description et à la notation de leur emplacement.

Aussi, c'est moins l'existence, la présence réelle, constatée, de telle ou telle particularité qui caractérise l'individu, puisqu'on en peut retrouver autant sur chacun de nous, que sa localisation rigoureuse. Il est donc facile de démontrer que la puissance signalétique d'une marque particulière croît avec la précision de sa description suivant une progression géométrique.

Il y a naturellement un ordre à suivre pour la description des marques particulières. Cette description doit progresser du particulier au général. Ainsi, elle commence par énoncer le *genre* de la marque, avant d'en définir l'aspect et les dimensions ; puis s'élevant à une vue plus étendue, elle embrasse la direction de sa forme par rapport à l'ensemble du corps pour finir par l'indication de son emplacement.

Voici un exemple de la manière dont on relève une marque particulière : "Cicatrice rectiligne d'une dimension de 1 centimètre, oblique externe, sur le milieu de la 2^e phalange du médius gauche, face postérieure." Et voici comment elle sera écrite sur la fiche signalétique : "cic. r. de 1 h.e, ml 2e f. M g. p.,- (le rho grec se lit postérieur)." Sans ces abréviations, il serait impossible de placer le quart des renseignements voulus sur la fiche signalétique. On comprendra, en outre, que l'usage journalier de ces signes sténographiques donne à l'écriture une rapidité égale et même supérieure à la parole. Un apprentissage de quelques jours suffit pour arriver au maximum de vitesse, ce qui s'explique aisément par ce fait que les mouvements réflexes, entre la parole et l'écriture sont conservés ici grâce aux lettres initiales. Il est hors de doute qu'un signalement par le moyen des marques particulières viendra très utilement en aide à un signalement anthropométrique, mais sans jamais pouvoir le remplacer. L'anthropométrie, qui est avant tout un mécanisme d'élimination, démontre surtout la *non-identité*, tandis que l'identité directe est affirmée par les marques particulières qui, seules, peuvent donner la certitude judiciaire.

Un malfaiteur, en état de liberté, se rend coupable d'un crime. C'est à la police à reconstituer son *signalement descriptif* au moyen de toutes les observations qu'elle pourra se procurer pour arriver à le reconnaître dans la foule des humains, et à l'arrêter.

Aussitôt le sujet soupçonné arrêté, le signalement anthropométrique intervient pour fixer son individualité, reconstituer la série de ses anciens écrous, s'il est récidiviste; lui assurer au contraire, en toute connaissance de cause, les atténuations de la loi, s'il est "nouveau." Le signalement anthropométrique permet, et il est le seul jusqu'ici à permettre, *étant donné un sujet, de retrouver son nom.* Il remonte dans le passé et assure l'avenir.

On peut dire, en empruntant le langage des mathématiciens, que le rôle de l'anthropométrie est le réciproque de celui de la description; la description désigne l'individu, étant donné le nom, (et le signalement correspondant); l'anthropométrie procure le nom étant donné l'individu.

Ces résultats sont confirmés par le signalement au moyen des particularités qui est le signalement judiciaire proprement dit. C'est ainsi qu'on retrouve, dans les trois parties du signalement, les trois grandes divisions de l'autorité supérieure: Sûreté publique, administration pénitentiaire et justice.

Statistique des résultats obtenus et conclusions:

M. Henri Boucher, député des Vosges, disait en 1893: "Les services rendus par l'identification scientifique et l'anthropométrie qui en est la base, ceux qu'elle est appelée à rendre (dorsque son organisation sera complète) non seulement à la police, à la justice, à la science pénitentiaire, mais à la science elle-même à cause du nombre gigantesque de documents et mesures que les travailleurs auront à leur disposition), exigent sa reconnaissance officielle comme service d'Etat." Voici, en ce qui regarde Paris, le nombre annuel des récidivistes arrêtés en cette ville sous de faux noms et officiellement reconnus par le service spécial, depuis 1883 à 1893: 1883, 49; 1884, 241; 1885, 425; 1886, 356; 1887, 487; 1888, 550; 1889, 562; 1890, 614; 1891, 600; 1892, 680; total: 4564.

En publiant ces résultats, n'oublions pas le bénéfice considérable qui s'attache à une "reconnaissance," qu'on l'envisage au point de vue social, ou, plus particulièrement, judiciaire ou pénitentiaire.

Lorsqu'un malfaiteur se décide à donner un faux nom, c'est qu'il y trouve un intérêt majeur, et qu'il se sait sous le coup d'autres poursuites, ou a lieu de le supposer. De sorte que sous ce rapport, la reconnaissance d'un malfaiteur, qui se cache sous un faux nom, équivaut, au point de vue de l'intérêt général, à son arrestation directe sur la voie publique.

Maintenant, au point de vue pénitentiaire, les dissimulations d'identité entraînent nécessairement un allongement considérable de détention préventive. En admettant un allongement moyen de 100 jours par individu sous faux nom, cela fait, au taux de 500 reconnaissances annuelles, 50,000 journées de présence d'économisées ou à peu près 50,000 francs. (Je parle ici, bien entendu, des résultats obtenus ou réalisables à Paris.) Cette appréciation, exprimée par M. le Dr Bertillon au congrès pénitentiaire de Rome en 1885, devant la réunion de toutes les compétences pénitentiaires de l'Europe, a été unanimement acceptée.

Autre conséquence plus remarquable encore: le nombre des arrestations

de voleurs internationaux, du genre pick-pockets, a toujours été en diminuant depuis la création du service d'identification jusqu'aujourd'hui. Il était de règle, en effet, parmi les individus de cette espèce, de changer d'état civil à chaque arrestation successive, et ils réussissaient généralement ainsi à échapper aux majorations de peine qui frappent la récidive. S'étant assurés par eux-mêmes qu'il leur était devenu impossible de dissimuler leurs antécédents en cas d'arrestation, craignant, d'autre part, la loi de la rélévation, ils préfèrent maintenant de leur propre aveu, le séjour des capitales étrangères. De 65 en 1885, leur nombre est tombé à 52 en 1886, puis à 34 à 19 et finalement à 14 en 1890.

Si l'on réfléchit à ce que coûte, aux habitants d'une ville, l'entretien d'une pareille population qui ne vit absolument que de larcins, on arrive à cette conclusion que l'épargne procurée de ce chef dépasse à elle seule la totalité des frais du service anthropométrique.

"On a remarqué aussi que les mensurations anthropométriques forment un puissant élément de la prévention générale du crime, en fournissant au juge le moyen de faire identifier, comme récidiviste, tout individu une fois mesuré. Cette idée préventive, voire même intimidante, est le mieux démontrée par le fait que les délinquants qui ont été mesurés craignent le danger d'être reconnus en tout temps et qu'ils évitent le pays où l'on procède à des mensurations." (Stross, professeur de droit pénal à l'Université, in procès-verbal de la séance tenue à Berne, le 14 décembre 1890, sur le système Bertillon.)

La même idée avait été exprimée par le Dr Manouvrier, dans la séance de la société d'Anthropologie du 11 décembre 1890 : "Et, s'il est vrai, comme il est légitime de le croire, que la crainte des châtements soit un motif capable de faire souvent équilibre aux désirs criminels, la morale publique aura tiré, du système des signalements anthropométriques, un plus grand bénéfice que les livres de maints moralistes de profession : *Initium sapientie, timor anthropometri*, pourrait-on dire, en modifiant un peu le texte du psalmiste."

Le système Bertillon peut en outre rendre des services importants dans une foule de circonstances, à la seule condition qu'il continue à se généraliser dans les villes qui ne l'ont pas encore adopté.

Dans les cas d'extradition, quand le prisonnier dissimule son identité, il faut de toute nécessité se déplacer pour aller reconnaître le coupable. Lorsque ce déplacement n'est que de quelques milles, passe encore, mais quand il faut traverser l'Océan, c'est une question plus sérieuse et qui grève assez lourdement le budget de la justice ou de la police. Appliquer l'argent dépensé dans quelques voyages semblables aux frais d'installation du système Bertillon serait une opération habile.

Dans toutes les villes où l'anthropométrie fonctionne bien, la police retire un grand bénéfice des renseignements fournis par cette méthode et j'ai eu l'occasion de m'en persuader pendant mon séjour au bureau d'identification de Chicago.

Il ne faut pas oublier, de plus, que l'anthropométrie a un objet plus vaste que la simple reconnaissance de l'industrie des malfaiteurs. La constatation de la personnalité physique et de l'indéniable identité des individus répond, dans la

société moderne, aux besoins les plus réels, aux services les plus variés. Qu'il s'agisse, par exemple, de donner aux soldats, aux voyageurs, des cartes individuelles, des moyens récognitifs, permettant de prouver toujours quel est leur nom, leur état civil ; qu'il s'agisse d'empêcher toute erreur, toute substitution de personnes, qu'il s'agisse de consigner ces marques distinctives de l'individu dans les documents, titres, contrats, où sa personnalité doit être établie pour son intérêt, pour l'intérêt d'un tiers, ou pour l'intérêt de l'État, le mode de signalement anthropométrique y trouvera son emploi.

Qu'il y ait certificat de vie, contrat d'assurance sur la vie, ou parfois acte de décès à dresser, que ce soit pour dresser l'identité d'un aliéné, d'un blessé ou défiguré, de personnes mortes dans un incendie, comme cela s'est passé dernièrement, à Paris, pour l'identification des cadavres, après la triste catastrophe du bazar de la charité, ou bien encore qu'il y ait mort subite ; que ce soit à la suite d'un crime, d'un accident, d'un naufrage, quelle ne sera pas ici l'utilité de l'anthropométrie.

La portée du problème, comme l'importance de la solution, dépasse de beaucoup les limites de l'œuvre pénitentiaire et l'intérêt pourtant considérable de l'action pénale à exercer dans les diverses nations.

Un mot de ce qui se fait au Bureau d'identification de Chicago, et je termine.

La ville de Chicago a été la première des cités américaines à adopter le système Bertillon et le comité de police s'en trouve très bien. Dix autres villes américaines ont suivi depuis l'exemple de Chicago. M. McClaughry, chef du Bureau d'identification de Chicago, travaille à faire passer une loi au congrès, dans le but de créer un service central à Washington ; si il réussit dans ce projet, les capitales et les principales villes de chaque Etat de l'Union américaine seront dotées d'un Bureau d'identification semblable à celui qui existe à Chicago. M. McClaughry espère obtenir le succès désiré, car il a l'appui de personnages influents.

Quand le système Bertillon fut mis en opération en France, paraît-il, la Suisse fut envahie par une nuée de malandrins. Rien n'empêche que la même chose arrive entre le Canada et les Etats-Unis, si ce dernier pays adopte la mesure qui est actuellement soumise au congrès

Il est à espérer que l'on n'attendra pas cette époque-là, pour commencer les opérations à Montréal, et, qu'à l'instar de la Suisse, nous nous protégerons en adoptant promptement le système.

À Chicago, le département de la police accorde de \$ 8,000 à \$10,000 par année pour les dépenses du Bureau d'identification.

Le personnel se compose de six employés, tous bien compétents, mais hélas ! trop exposés aux caprices de la politique municipale !

Depuis déjà neuf années que le système Bertillon est en vigueur à Chicago, le nombre des signalements relevés dépasse 30,000 ; la moyenne des prisonniers de cour de police et de cour d'assises, qui traversent la salle d'opération chaque jour, oscille entre 8 et 25. Les mensurations y sont exécutées avec soin, mais c'est surtout la photographie (face et profil) qui est parfaite, même supérieure

à celle de Paris, m'a-t-on dit. Cela permet aux antropomètres de Chicago de pouvoir abrégé le signalement descriptif.

Les employés traitent leurs sujets sans brusquerie, de sorte que les criminels se soumettent sans récriminations ; pendant mon séjour je n'ai remarqué qu'un seul refus provenant d'une fille accusée de vol. Comme la loi n'autorise aucune contrainte, on se contente de mettre les récalcitrants au cachot après les avoir photographiés sans qu'ils s'en aperçoivent.

Voilà, Monsieur le Rédacteur, un article déjà long, mais qui est loin de contenir tout ce qu'il y aurait d'important à dire sur le système Bertillon.

Lorsque Messieurs les Echevins du comité de la Police de Montréal, qui m'ont nommé au poste de Chef du Bureau d'identification, m'auront fourni les moyens de commencer mon travail, si vous le désirez, M. le Rédacteur, je me ferai un devoir de vous communiquer tout ce qui sera de nature à intéresser les lecteurs de l'*Union Médicale*.

Les Sanitaria.—Le Dr TRUDEAU, de *Saranac Lake*, consacre un long article dans un des derniers numéros du *New-York Medical Journal*, à démontrer la nécessité d'établir des sanitaria où pourront être traités les malades pauvres atteints de tuberculose. Ce serait là un excellent moyen d'empêcher la propagation de la maladie dans les quartiers populeux des villes, moyen qui devrait occuper une place importante dans les mesures sanitaires. En outre, un bon nombre de cas diagnostiqués au début pourraient être guéris. Le Dr Trudeau est très en faveur des sanitaria construits par pavillons.

Traitement des Maladies du Cœur.—A la réunion annuelle de la Société de Médecine de l'Etat de New-York, le Dr SALTERTHWAITE a d'abord insisté sur l'hygiène alimentaire : augmenter les aliments azotés et diminuer les féculents. On prévient ainsi les fermentations de l'estomac, qui distendent l'organe et gênent considérablement le fonctionnement du cœur. Les boissons doivent être prises de préférence entre les repas.

Le repos absolu n'est pas favorable ; il faut, par certains exercices musculaires, favoriser la circulation veineuse et diminuer ainsi la résistance que le réseau circulatoire périphérique oppose au cœur. L'auteur recommande de suivre à ce sujet la méthode de Schott : 1°. Mouvements passifs auxquels le patient oppose une résistance (cas sévères) ; 2°. Mouvements volontaires lents, auxquels le médecin oppose une résistance ; 3°. Exercices de marche, suivant la méthode de Stokes et d'Ertel. En même temps que ces exercices, on fait prendre au malade des bains alcalins chauds (95°) : 1 à 3 % de sel et 1 % de chlorure de chaux, ainsi qu'une quantité variable d'acide carbonique libre. On peut préparer ces bains en ajoutant à l'eau une quantité suffisante d'acide hydrochlorique et de bi-carbonate de soude. Parmi les médicaments, l'auteur place la digitale au premier rang.

Si l'on en croit le rapport du Bureau Impérial Allemand de Santé, l'aluminium est un métal excellent pour la confection des ustensiles de cuisine ; il s'oxyde très lentement, ne dégage aucun sel toxique, comme le cuivre, le plomb ou le zinc, et conduit très bien la chaleur.

Le professeur KOCH, sur la demande du gouvernement de la colonie du Cap, s'est rendu dans ce pays éloigné et a étudié sur place la peste bovine qui sévit en ce moment sur les animaux. Il croit pouvoir trouver un remède à la maladie.

CANCER PRIMITIF DE L'ŒSOPHAGE.⁽¹⁾

PAR

M. T. BRENNAN, M. D.,

Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

A. ETFIER, M. D.,

Ancien interne.

L'observation de ce cas de cancer primitif offre certaines particularités qui méritent d'être mises en relief. Le siège plus rare de la tumeur à la partie moyenne de l'œsophage. Les symptômes cliniques, d'autre part, indiquent une marche tout à fait spéciale. L'unique signe précurseur, pendant plusieurs mois, a été la paralysie de la corde vocale droite avec légère aphonie, et il était bien difficile, à cette époque, vu l'absence de tout autre indice, de rapporter à cette compression du nerf récurrent une idée de carcinome; aussi aucun diagnostic précis n'a pu alors être fait. Enfin, il n'y a eu ni dysphagie ni douleur jusqu'au moment de la perforation trachéale, laquelle, par contre, s'est faite très vite. Il est donc à noter que, en l'absence de tout passé syphilitique ou autre, la paralysie d'une corde vocale peut avoir une origine cancéreuse et pendant longtemps en être le seul signe.

OBSERVATION.

Histoire de famille.—M. D..... est aujourd'hui âgé de 58 ans et 8 mois. Son père est mort à 72 ans, mais le malade ne peut dire de quelle cause. La mère est morte à 70 ans, étant paralysée—8 frères et sœurs, dont 4 morts. Aucune histoire de cancer, ni du côté paternel, ni du côté maternel.

Histoire antérieure.—Notre patient nous déclare avoir toujours joui d'une excellente santé jusque vers l'âge de 57 ans, et cela malgré la vie aventureuse qu'il a vécue, durant quelques années, à travers les forêts et les plaines des Territoires du Nord-Ouest, et à la recherche de l'or en Australie. Aucune histoire de syphilis, nous déclare-t-il, et nous le croyons de bonne foi. Il y a près de 2 ans maintenant, sans cause connue, apparition de furoncles sur le membre inférieur droit qui en devient bientôt tout couvert, et cela dure près de 2 mois. Quelle est la nature de ces furoncles? Le patient ne peut nous renseigner, son médecin n'ayant pas fait d'examen bactériologique. Il ne peut même dire s'il y a eu examen chimique des urines. Dans tous les cas, ces furoncles ont disparu sous l'influence d'un traitement interne; on voit aujourd'hui d'assez larges cicatrices blanches, surtout sur la cuisse.

De cette époque à septembre 1896, rien d'étrange. Alors M. D..., dont les occupations étaient de surveiller les arrivées et départs de bateaux, la nuit comme le jour, et en tout temps, éprouve un jour des symptômes du côté des bronches: il tousse, il expectore; il se traite lui-même au moyen de drogues, et, encore, très irrégulièrement, avoue-t-il d'ailleurs. Cependant, malgré un peu de soulagement, il est continuellement incommodé par une irritation qui le fait tousser. Sa voix même s'altère.

(1) Communication à la Société des Internes, séance du 13 mai 1897.

En janvier 1897, il se rend à l'hôpital Notre-Dame, pour se mettre sous les soins du Dr Brennan, qui le traite alors pour une bronchite infectieuse. A en de la température variant entre 99° et 101° F. Un examen bactériologique des crachats fait reconnaître la présence de streptocoques et diplocoques. Pas de cellules cancéreuses, ni pneumocoques, ni bacilles de Koch. L'examen des urines est aussi fait au point de vue microscopique et chimique,—rien d'anormal.

Sur demande du Dr Brennan, le Dr H. M. Duhamel, spécialiste pour la gorge, fait un examen laryngoscopique, et constate une paralysie de la corde vocale droite. Rien autre chose; rien du côté du pharynx. N'a manifesté alors aucun symptôme pouvant attirer l'attention du côté de l'œsophage ou de la trachée. Après un traitement de quelques semaines pour sa bronchite, il retourne chez lui amélioré. En même temps, il a été mis sous l'influence de l'iode de potassium et du mercure, pour cette paralysie de la corde vocale droite, mais sans aucun résultat appréciable.

Quinze jours après son départ, il dit avoir eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu et subi un traitement *ad hoc* durant 4 semaines, après quoi il vient se remettre sous les soins du Dr Brennan, qui trouve le cas tout à fait singulier. Les membres inférieurs seuls sont atteints,—peu de gonflement aux articulations, —légères douleurs au genou et au cou-de-pied. Mais, un fait à noter, c'est un œdème des 2 jambes, face antérieure des tibias. Deux nouveaux examens chimiques et microscopiques des urines ne font rien remarquer d'anormal. Rien du côté du cœur non plus pour expliquer cet œdème. Un traitement local surtout est commencé immédiatement, et, après 5 ou 6 jours, le patient dit éprouver un soulagement. En effet, l'œdème est presque complètement disparu, pas de douleurs, encore un peu de raideur, tibio-tarsienne surtout. Du côté des bronches, la toux continue avec expectoration abondante, surtout le matin, au lever, pas de mauvaise odeur, pas de douleurs. Un examen externe ne fait rien révéler, pas d'augmentation de volume, pas de ganglions cervicaux envahis que l'on puisse atteindre. Aucun symptôme du côté des poumons. Les autres organes semblent en bon état. La 17^{ème} journée après son entrée ici, le patient accuse un peu de gêne à la déglutition, la toux augmente pendant la matinée, il remet son repas du matin, et, durant la nuit, après beaucoup d'efforts de toux, il y a rejet assez abondant d'expectoration purulente. Le lendemain, il ne peut avaler la moindre goutte de liquide. La plus petite quantité de liquide ingérée peut bien franchir le larynx, mais, arrivée à environ 5 à 6 centimètres dans l'œsophage, le patient est pris d'un accès de toux et le liquide est rendu en même temps qu'une sécrétion muco-purulente. Et cela se renouvelle à chaque tentative. On dirait qu'il y a communication entre l'œsophage et la trachée. C'est, d'ailleurs, la seule raison plausible pour expliquer ces soudaines quintes de toux et le rejet du liquide ingurgité. Un autre spécialiste, le Dr C. Laviolette, fait un nouvel examen, très minutieux, du larynx et pharynx et ne trouve rien autre chose qu'une simple paralysie de la corde vocale droite.

Le malade a une arrière-gorge que l'on peut examiner le plus facilement possible. On reconnaît même les 3 ou 4 premiers anneaux de la trachée et la première portion du pharynx;—on ne peut constater la présence d'aucune

tumeur dans le champ exploré, aucune perforation entre la trachée et l'œsophage. Un traitement à l'électricité est institué contre cette paralysie de la corde, mais sans résultat aucun. Cette paralysie doit s'expliquer par la compression du nerf récurrent droit quelque part. L'expectoration continue nuit et jour et devient de



Figure 1.—Vue postérieure—trachée repliée à gauche.

1o Paroi antérieure de l'œsophage ; 2o Trachée repliée à gauche ; 3o La tumeur dans le paroi de l'œsophage ; 4o Perforation de l'œsophage et de la trachée ; 5o Bifurcation de la trachée ; 6o. Bronche gauche.

plus en plus fétide. Un examen microscopique fait voir des streptocoques, staphylocoques, diplocoques, du pus et du sang et quantité de substance amorphe albuminoïde. L'état des poumons n'est nullement en rapport avec cette expectoration abondante et fétide ; ils sont quasi normaux. Le malade, pendant ce temps, est nourri par la voie rectale. Plusieurs tentatives sont pratiquées pour introduire un tube œsophagien, mais sans résultat. On a essayé 3 tubes de calibres et consistances différents sans plus de succès. Arrivé à un certain endroit, on sent une résistance, puis, sortie de gaz fétides par le tube même et suffocation, signes

évidents qu'il y a eu pénétration dans les voies aériennes. Il faut retirer immédiatement le tube. A la 3ème tentative, les mêmes phénomènes se reproduisent, mais, après quelques secondes de repos, on franchit subitement cet obstacle, et le tube pénètre jusque dans l'estomac. Pendant deux jours et demi, on peut ainsi



Figure 2.—Vue antérieure—la trachée incisée et repliée à gauche.

1o Paroi externe antérieure de l'œsophage ; 2o Trachée ouverte ; 3o Tumeur dans la trachée ; 4o Perforation de la trachée et de l'œsophage ; 5o Bronche gauche.

faire, sans trop de difficultés, une dizaine de gavages de l'estomac. Mais après, toute tentative devient inutile. Le malade, d'ailleurs, est tellement épuisé qu'il ne peut plus s'y prêter. L'amaigrissement survient très rapide et considérable, son teint est caractéristique, il a peine à se faire entendre.

Les médicaments sont introduits par voie sous-cutanée. L'expectoration, toutefois, a diminué, ainsi que la mauvaise odeur, grâce à un gargarisme antiseptique. Après une dizaine de jours d'alimentation, par voie rectale, cette muqueuse ne peut plus tolérer la présence d'aucun liquide, et la mort survient,

après 16 jours, par inanition, plutôt que par intoxication, sans aucune souffrance.

Dans ce cas-ci, nous avons eu la bonne fortune de faire l'autopsie pour vérifier le diagnostic. Tous les organes, le cœur, les poumons, l'estomac, etc., étaient dans leur état normal; excepté les poumons qui offraient, à leur partie postérieure, un peu de congestion hypostatique.

L'œsophage tout entier avec l'estomac et la trachée jusqu'à sa bifurcation sont enlevés tout d'une pièce. L'estomac n'offre rien de particulier. Maintenant, comme vous pouvez le constater par les figures reproduites ici, l'œsophage et la trachée sont intimement soudés ensemble par le néoplasme. Tous deux ont été incisés et étalés pour voir les parties atteintes. L'œsophage, à partir de quelques centimètres du pharynx, est envahi dans toute sa circonférence et sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Les parois sont considérablement augmentées de volume et le canal alimentaire est tellement rétréci qu'il permet à peine l'introduction du petit doigt. La surface interne est parsemée d'anfractuosités encore à demi remplies de cette même sécrétion muco-purulente expectorée durant la vie. Dans la paroi antérieure de l'œsophage, vers la partie moyenne, on rencontre une perforation considérable communiquant avec la trachée par sa paroi postérieure.

C'est cette perforation qui s'est produite une nuit après un accès de toux suivi immédiatement de rejet de cette expectoration muco-purulente si abondante. Cette communication entre l'œsophage et la trachée explique fort bien les phénomènes qui se produisaient lorsqu'on essayait d'introduire un tube dans l'œsophage. L'extrémité libre, au lieu de passer tout droit, malgré les précautions prises pour lui faire suivre la paroi postérieure de l'œsophage, pénétrait dans cette ouverture et produisait aussitôt suffocation avec sortie de gaz. Cette partie postérieure de la trachée seule est atteinte, mais les ganglions, situés tout le long et surtout à sa bifurcation, sont infiltrés et beaucoup augmentés de volume. Absolument rien du côté des bronches.

On a cherché à retracer le trajet du nerf récurrent droit, mais sans y réussir; il était pris dans cette masse. La paralysie de la corde vocale droite serait due à la compression de ce nerf par la tumeur.

L'examen histologique a révélé un épithélioma.

Le goître exophtalmique. — Voici ce que dit M. Tillaux, à ce sujet, à la séance du 10 février de la *Société de Chirurgie*: "Lorsqu'en 1879, j'ai publié à l'Académie ma première intervention, j'ai alors soutenu cette opinion, que le goître exophtalmique me paraissait d'origine mécanique. Je pensais qu'il était le résultat d'une compression s'exerçant sur quelques-uns des organes profonds. Depuis lors, je ne suis pas resté dans les mêmes idées et je crois qu'il n'y a pas à invoquer une seule pathogénie. Ou plutôt, je crois que les accidents peuvent dépendre, tantôt de la maladie de Basedow, tantôt d'une tumeur développée dans le corps thyroïde. Or, dans le premier cas, il ne faut pas intervenir: c'est le goître exophtalmique médical. Dans le second cas, le goître exophtalmique chirurgical, l'intervention donne de bons résultats.

PLEURÉSIE PURULENTE À PNEUMOCOQUES.

PNEUMONIE LOBAIRE GAUCHE.—ÉPANCHEMENT PURULENT
CONSÉCUTIF.—MORT.

PAR

E. P. BENOIT, M. D.,

Chef de clinique à l'Hôpital Notre Dame.

T. PARIZEAU, M. D.,

Pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Nous avons eu l'occasion d'observer, il n'y a pas longtemps, dans le service du professeur Rottot, un cas de pneumonie suivie de pleurésie purulente où, par suite de circonstances incontrôlables, la thoracentèse n'a pu être pratiquée, et qui est mort à l'hôpital après trente cinq jours de maladie. L'observation de ce cas est intéressante à parcourir; la nature de la pleurésie, révélée par l'examen bactériologique, présentait, au point de vue clinique, un équivoque beaucoup plus prononcé: c'est une pleurésie purulente simple à pneumocoques, consécutive à une pneumonie du côté gauche, et qui a évolué avec une rapidité remarquable, amenant la mort plutôt par infection.

On peut dire que la pleurésie purulente a été connue de tout temps. Mais si l'on avait déjà remarqué que cette maladie variait quelquefois beaucoup dans ses symptômes, ce n'est que depuis ces vingt dernières années que l'on a divisé la pleurésie purulente en catégories bien distinctes, qui sont: 1° les pleurésies purulentes simples; 2° la pleurésie tuberculeuse; 3° la pleurésie putride. Comme le dit clairement Netter: "les recherches bactériologiques permettent d'expliquer les différences si marquées entre les suppurations pleurales, et les pleurésies purulentes peuvent être divisées en plusieurs espèces, dues chacune à un organisme particulier."

La pleurésie purulente putride, consécutive, le plus souvent, à la gangrène du poumon, est rare. La pleurésie purulente tuberculeuse est beaucoup plus fréquente; c'est une pleurésie purulente latente, à marche insidieuse, caractérisée par l'absence de phénomènes généraux. On doit la considérer, non pas comme l'indice de la phthisie pulmonaire, mais comme le résultat d'une lésion tuberculeuse localisée surtout au feuillet pariétal de la plèvre. Elle peut cependant compliquer la phthisie.

La pleurésie purulente simple est certainement l'une des formes la plus fréquente de la suppuration de la plèvre, mais elle est le plus souvent secondaire, et le germe qui la provoque lui vient d'habitude soit d'un organe avoisinant, soit de l'extérieur. Les symptômes et la marche varient suivant la nature du germe provocateur. C'est ainsi, par exemple, qu'une ponction non aseptique amènera, dans une plèvre contenant un épanchement séro-fibrineux, des staphylocoques qui changeront bientôt la nature du liquide et provoqueront une pleu-

réisie purulente à marche lente, chronique, sans symptômes généraux, indiquant un terrain favorable à la tuberculose. De même verrons-nous les streptocoques d'une péritonite puerpérale, d'une broncho-pneumonie ou d'un phlegmon du cou pénétrer par la voie lymphatique jusqu'à la séreuse pleurale et déterminer une pleurésie purulente à forme aiguë, où se reconnaît l'influence d'une infection qui se généralise : fièvre marquée et oscillante, œdème de la paroi thoracique, voussure limitée, hypertrophie des ganglions de l'aisselle. On reconnaît tout de suite un microbe à virulence active. C'est à propos de cette pleurésie que l'on a constaté que le murmure vésiculaire peut persister à l'auscultation alors que la plèvre est remplie de pus.

La pleurésie purulente à pneumocoques offre plusieurs particularités. Très fréquente chez l'enfant, elle se montre à la suite de pneumonie chez des patients qui n'ont pas dépassé la trentaine, et est plus fréquente dans les pays septentrionaux, où le climat rend les pneumonies plus infectieuses. Il est rare qu'elle s'accompagne d'œdème ou de voussure. On peut la pronostiquer d'avance quand la fièvre de la pneumonie baisse par chutes successives (lysis), au lieu de tomber brusquement comme c'est l'habitude. Chacun sait que le pneumocoque est un microbe dont la virulence s'épuise facilement ; d'où la forme cyclique de la maladie. Mais lorsqu'il parvient à pénétrer dans la plèvre, il y rencontre un milieu liquide et se trouve à l'abri de l'air, deux conditions qui favorisent son développement. Aussi, bien que la pleurésie purulente à pneumocoques soit généralement assez bénigne et de courte durée, elle peut cependant revêtir une forme aiguë qui devient rapidement mortelle. Le cas que nous citons plus loin en est une preuve. Heureusement, et grâce encore à la virulence peu forte du microbe, la pleurésie à pneumocoques est peut-être celle qui guérit le mieux. Nous n'avons aucun doute que si nous avions pu pratiquer la thoracentèse chez notre malade, il aurait parfaitement guéri.

OBSERVATION DU MALADE,

(d'après les notes prises par la sœur de garde.)

A. T., âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame le 25 février 1897. Il est rendu au troisième jour d'une pneumonie gauche complète à forme adynamique. Le malade est dans le délire. L'examen du poumon gauche révèle de la matité et du souffle tubaire. La température est à 102, le pouls à 110, la respiration à 36. Pas de sommeil. L'état général est mauvais. Le malade est très difficile à nourrir.

L'étude des différents symptômes, du 25 février au 8 mars, prouve clairement que, durant cette époque, le malade termine sa pneumonie. La température, de 102°, est montée, le 28 au soir, à 104.5°, pour descendre ensuite par lysis à 101°, le 7 mars, et à 97°, le 8 au matin. Le pouls a suivi la marche ascendante de la température, s'élevant jusqu'à 146 le 3 mars ; il est tout le temps, d'ailleurs, vite, petit et mauvais. Le 8, les pulsations oscillent entre 102 et 118. La dyspnée, qui a toujours été très profonde chez le malade, s'est déjà établie franchement pendant la période pneumonique : 36 (25 février), 52 (27-28 février),

40 (premiers jours de mars). Pendant toute cette première période, la toux n'a pas été très forte. L'expectoration aussi demeure peu abondante, elle est même pénible les premiers jours de mars. Les crachats rouillés sont signalés le 27 février ; le 8 mars, le malade crache à peine. L'auscultation du 6 mars fait entendre les râles crépitants de retour. Enfin, pendant toute cette première période, les symptômes nerveux sont accentués : insomnie à peu près complète, état délirant offrant de courtes accalmies et accompagné de carphologie ; fortes douleurs durant la toux dans la poitrine, à la tête, aux intestins, les 2, 3, 4 et 5 mars. En somme, si, dès le 6 mars, la résolution s'annonce, l'état général demeure fort peu satisfaisant.

Il devient encore plus grave à partir du 8, malgré le calme apparent des symptômes. En effet, le malade est plus calme, ne se plaint pas de douleurs, peut dormir par intervalle et ne tousse guère. Mais la température remonte en trois jours, à 101°, et revêt une forme vespérale, 99° le matin, 101.5° le soir ; le pouls demeure au-dessus de 110 et la dyspnée ne s'améliore pas (32, 40). A l'examen du poumon, on constate une matité complète et la disparition des râles crépitants : *mais l'on entend le murmure vésiculaire*. Cela a même fait, pendant quelques jours, hésiter sur le diagnostic.

Cependant, à partir du 14, le doute n'est guère possible. La respiration se maintient au-dessus de 30 et devient, sur la fin, de plus en plus gênée. Le pouls bat de 120 à 130 à la minute et s'affaiblit graduellement. La fièvre a, le 16, une montée à 104°, puis, après cette date, oscille à 99° le matin et 101° le soir. La douleur au côté devient très vive ; le malade ne peut plus garder la position horizontale. Il est très souffrant, dort à peine et transpire sur les derniers jours. L'analyse des urines y révèle la présence d'une quantité notable d'albumine. La toux est vive, fréquente et fatigante au point d'amener des faiblesses chez le malade. *En aucun temps on ne constate de la voussure au côté* ; mais l'œdème des jambes, commencé le 14 mars, augmente peu à peu ; le 23, la figure est enflée : le 25, l'abdomen est pris. Il y a, dès le 22, des plaies de lit accompagnées d'un abcès d'un ganglion de l'aîne. Enfin le délire apparaît sur les derniers jours. Le malade transpire abondamment. Le 25, la température descend vers la normale, tandis que la dyspnée augmente et que le pouls devient de plus en plus mauvais. Le malade meurt le 31, à 7 heures du soir.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

La table d'autopsie voit souvent maintes surprises et nous met en présence de trouvailles curieuses. Ce fut ici le cas. Car si les quelques symptômes de pleurésie observés dans les derniers jours permirent de diagnostiquer la métamorphose pathologique opérée chez notre malade, personne, assurément, n'aurait songé, malgré l'intensité relative de ces symptômes, à l'énorme suppuration que nous trouvâmes dans la moitié gauche du thorax.

Rien, dans l'aspect extérieur du cadavre, ne pouvait faire soupçonner cette collection. Pas de voussure appréciable. Cependant, telle était la pression opérée par le liquide sur la paroi thoracique, que le couteau, ayant légèrement dévié

dans le dépouillement du sternum, un cartilage costal fut tranché net et un véritable flot de pus jaillit violemment. Vert, jaunâtre, bien lié, crémeux, ce pus possède les caractères attribués aux suppurations d'origine pneumococciques.

Toute la moitié gauche de la cage thoracique en était remplie ; pour parler plus exactement, nous trouvâmes là quatre litres de ce liquide.

C'est assez dire qu'il restait peu d'espace au poumon. Ce dernier, en effet réduit à sa plus simple expression, nous apparut sous la forme d'un lambeau allongé, fortement aplati et collé tout contre les corps vertébraux.

La plèvre viscérale, d'aspect jaune grisâtre, rugueuse, très épaisse, lui faisait une solide enveloppe.

A la coupe, le parenchyme est absolument métamorphosé. On dirait du muscle. Sous le microscope, on constate les lésions de l'atélectasie et de la carnisation : disparition des vésicules pulmonaires, accollement de leurs parois, etc.

La plèvre pariétale présente les mêmes transformations que le feuillet viscéral.

Quant au poumon droit, à part quelques points de congestion disséminés, il est resté presque normal. Les feuillets de la séreuse de ce côté ont contracté quelques petites adhérences, mais la cavité ne contient pas de liquide.

Le cœur, augmenté de volume, flotte dans une notable quantité de liquide séreux dû à la péricardite de moyenne intensité que nous avons sous les yeux. Il est ramolli, et sa couleur habituelle, normale, a fait place à la teinte caractéristique de la myocardite. Il a, du reste, été profondément touché, car on trouve, en l'incisant, le pourtour de ses orifices tricuspidiens et mitraux modifiés par le travail récent d'une endocardite fibrineuse.

En poursuivant l'examen, nous constatons que le foie, augmenté de volume, possède une capsule épaissie, fortement adhérente dans toute la face convexe de l'organe. Celui-ci, à la coupe, présente l'aspect de la dégénérescence graisseuse qu'un examen histologique ultérieur nous a permis de constater plus sûrement. Le parenchyme est ramolli et la teinte granitée du foie muscade est ici très nette.

Du côté des reins, on ne trouve extérieurement que peu de lésions. L'augmentation de volume n'est pas considérable et l'apparence serait normale, n'était-ce une congestion également prononcée des deux côtés et que l'on remarque être, pour ainsi dire, cantonnée dans la seule couche corticale, légèrement augmentée de volume. Aspect jaunâtre de la couche médullaire. Sous le microscope, la zone glomérulaire offre des lésions marquées. On y trouve une abondante prolifération de noyaux de la couche d'enveloppe du paquet vasculaire des glomérules, dont la capsule est notablement épaissie. Autour des vaisseaux du voisinage et dans leurs parois, traces d'un processus inflammatoire. L'épithélium des tubes contournés est boursoufflé et la lumière de ces canaux paraît obstruée de place en place.

La rate est légèrement augmentée de volume, mais ne paraît pas autrement touchée.

Le péritoine contenait une petite quantité de liquide ascitique et l'intestin présentait çà et là des plaques de congestion simple.

Voilà tout ce que l'examen macroscopique et histologique nous permet de voir dans cette intéressante autopsie.

Restait l'examen bactériologique des différents liquides recueillis chez le sujet.

L'ascite et l'épanchement péricardique ensemencés sur bouillon ne donnèrent aucun résultat. Il n'en fut pas ainsi du pus de l'épanchement pleurétique et de celui d'un petit abcès sous-cutané de la région trochantérienne gauche. L'un et l'autre donnèrent dans le bouillon, au bout de 24 heures, des cultures pures d'un micro-organisme lancéolé, disposé en chaînettes ou en diplocoques, sans capsule, fait habituel pour le pneumocoque dans les cultures; un réensemencement sur bouillon donna une seconde édition, mais, beaucoup moins vigoureuse que la première. Dans l'un et l'autre cas, le micro-organisme se colorait bien par les couleurs d'aniline habituelles et prenait le Gram.

Sur gélatine, il ne fut obtenu aucun résultat, non plus, du reste, que sur gélose.

Voici donc une histoire confirmée de pleurésie à pneumocoques. Les observations de ce genre sont aujourd'hui nombreuses dans la littérature médicale. Nous n'avons donc pas la prétention de présenter ici un fait nouveau. Mais, il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs et de faire ressortir la disproportion des symptômes cliniques observés avec l'étendue et l'énormité des lésions constatées à l'autopsie. De la comparaison ainsi imposée naîtra certainement une salutaire défiance des complications méta-pneumoniques et, de cette mise en garde que nous nous permettons vis-à-vis de nos collègues, la thérapeutique de ces complications et par suite les malades ne sauraient manquer de largement bénéficier.

Tous les ophthalmologistes savent, dit le Dr C. A. Wood, que le port de la voilette chez la femme produit souvent un affaiblissement de la vue, des maux de tête, quelquefois du vertige et des nausées.

Le jeune homme qui n'a jamais eu la fièvre typhoïde est très susceptible à l'action du bacille typhique; il devra éviter avec soin l'eau provenant d'un puits ou d'une source situés près d'une grange ou d'un cabinet d'aisance, ou toute eau qui pourrait être polluée par les matières excrémentielles.

Quelques expérimentateurs, pour prouver la nature contagieuse de la consommation, ont enfermé des animaux dans des espaces clos, vaporisé dans ces espaces une solution aqueuse de crachats de consomptifs, et les animaux ont contracté la maladie et en sont morts. Le séjour dans un char ou une chambre où l'expectoration desséchée des consomptifs flotte dans l'air sous forme de poussière, constitue l'expérience la plus mélancolique à laquelle soient soumises involontairement un certain nombre de personnes.

Sur vingt échantillons de beurre, ROYH en a trouvé deux qui contenaient le bacille de la tuberculose.

SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME.

 Séance du 8 Avril.

 Le Dr JOYAL, président, au fauteuil.

FIÈVRE TYPHOÏDE SUDORALE.

DR CHAGNON.—Le Dr Chagnon a observé, dans son service, à l'Asile St. Jean de Dieu, un cas de fièvre typhoïde accompagné de transpiration abondante. O. P. est âgé de 45 ans, fortement bâti, n'a jamais été malade. Dans les premiers jours de février, il commence à se plaindre de céphalalgie et de frissons. Il présente de l'insomnie et refuse toute nourriture. Le 6 février, on prend la température, qui est de $101\frac{1}{2}^{\circ}$, à 11 heures, et 103° , à 6 heures; la fièvre se continue jusque vers le 18 mars. La langue est fortement chargée pendant toute la durée de la fièvre; certains jours elle est desséchée. Le malade n'a jamais présenté de diarrhée; il est le plus souvent constipé et obligé de recourir aux laxatifs. Pas de taches lenticulaires. Pas de facies typhique. Rien du côté de la respiration. Pouls très faible vers la 4ème et la 5ème semaine. Le séro-diagnostic, fait le 19 février 1897, est positif. Le Dr Chagnon attire surtout l'attention sur les sueurs profuses qui surviennent tous les deux jours, durant la matinée, et sur la durée de la fièvre (au-delà de six semaines). (1)

AUTOPSIES D'ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

DR CORMIER.—Le Dr Cormier rapporte 15 autopsies de nouveau-nés pratiquées à la crèche de la Miséricorde. La plupart des enfants souffraient de gastro-entérite et sont morts, soit du fait de l'inflammation intestinale, soit d'une complication telle que la pneumonie. La grande majorité des cas offrent une dilatation du côlon, qui est même très marquée chez quelques-uns.

 Séance du 29 avril 1897

 Le Dr JOYAL, président, au fauteuil.

FRACTURE DU COL DE L'HUMÉRUS

DR DERÔME.—Le Dr Derôme présente un jeune garçon de 14 ans, qui vient d'être amené à l'hôpital, après être tombé de sa hauteur sur le bord du trottoir, en jouant avec des compagnons. L'épaule droite est immobile, douloureuse et

(1) Vers le 15 avril, la fièvre réapparaît avec tous les mêmes caractères et dure une semaine. Depuis, convalescence complète.

déformée : impotence du bras et crépitation. La tête de l'humérus est restée dans la cavité glénoïde. C'est un cas de fracture du col dont le diagnostic est facile à faire sous le chloroforme.

SPASMES BRONCHIQUES PAR LÉSIONS BULBAIRES

DR BOULET.—Le Dr Boulet est appelé par un confrère auprès d'une femme de 35 ans, en train d'asphyxier et chez qui le médecin soupçonne une paralysie du larynx. On décide de faire une trachéotomie, et pendant la préparation des instruments, on fait un nouvel examen. On constate alors que la malade est atteinte d'un spasme aigu des bronches, dû, probablement, à une lésion bulbaire. La malade mourut le lendemain.

Le Dr Boulet cite un cas semblable survenu chez un ancien syphilitique et qui fut opéré bien inutilement, car la trachéotomie ne pouvait faire cesser une obstruction ayant pour cause principale un spasme des bronches, et le malade mourut au bout de quelques jours, après avoir montré une tachycardie prononcée.

DR CORMIER.—Ces spasmes bronchiques ressemblent au faux croup malin, qui survient chez les enfants rachitiques au début d'une broncho-pneumonie.

DR BOULET.—Les spasmes des bronches sont provoqués par des lésions bulbaires : lésions syphilitiques, compression, etc. Il n'y a pas eu d'autopsie dans les deux cas cités.

DR DEROME.—Un malade, souffrant d'épilepsie jacksonienne, au début, est entré l'autre jour à l'hôpital avec une paralysie de l'œsophage. Il fut soumis au traitement ioduré : 20 grains d'iodure de potassium par jour. Après cinq jours, le malade pouvait avaler. Il guérit complètement après huit jours de diète liquide.

ÉPITHÉLIOMA DES FOSSES NASALES.

DR BOULET.—Le Dr Boulet a observé, à l'Hôtel-Dieu, un épithélioma des fosses nasales qui pénétrait jusque dans le sinus maxillaire : la tumeur, enlevée par le Dr Marien et lui, avait la grosseur d'un jaune d'œuf, et l'on fut obligé de réséquer la cloison. Depuis un mois et demi que le malade a été opéré, il n'y a pas eu de récurrence.

INFECTION DES SINUS CAVERNEUX

DR BOULET.—Jean..., âgé de 18 ans, se présente à la consultation du Dr Boulet, porteur d'un strabisme externe de l'œil gauche avec léger avancement capsulaire interne ; le docteur pratique, séance tenante, une ténotomie du droit externe, en prenant toutes les précautions antiseptiques voulues. L'opéré revient le lendemain avec les paupières œdématisées et du chémosis. Le jour suivant, trouble de l'humour aqueuse, début de panophtalmie. Le docteur défait les sutures pour procéder à une injection d'une solution de sublimé, au moyen de la seringue d'Anel. Toutefois, le lendemain, en face d'une panophtalmie bien constituée, il pratique l'énucléation. La température se maintient élevée : 102°, 103°, et le malade meurt après une période de douze heures d'un coma

qui n'est précédé d'aucune contraction ni convulsion, mais d'un léger délire et d'une paralysie de la 5^{me} paire à droite, qui avait amené un commencement de trouble trophique du côté de la cornée de l'œil gauche.

Autopsie.—Les deux sinus caverneux sont remplis de pus dans lequel l'examen bactériologique révèle la présence de streptocoques et de staphylocoques. Les reins et la rate sont très congestionnés, le foie est normal, l'intestin offre quelques petites plaques ecchymotiques.

Il y a donc eu infection pour que cette petite opération, d'ordinaire si bénigne, se soit terminée par un désastre semblable. Et cette infection, (a) comment s'était-elle produite, et (b) pourquoi avait-elle revêtu tout de suite un caractère de si grande malignité? "Voilà ce qui est intéressant à examiner, dit le Dr Boulet, et pourquoi j'ai voulu vous faire part de cette observation si instructive.

(a) "Tout allait d'une manière normale dans l'œil du jeune homme jusqu'au moment où, après s'être masturbé, il voulut remettre en place le bandeau qui s'était défait, portant dans l'œil une main infectée par des matières accumulées sur sa verge, grâce à un phimosis prononcé et une malpropreté extrême. De l'aveu du jeune homme, la douleur et l'inflammation de l'œil ont commencé dans la soirée même. L'examen des matières prises sur la verge, le jour même de son arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire le lendemain du moment supposé de l'infection de l'œil, a révélé la présence de staphylocoques et de streptocoques, microbes retrouvés ensuite à l'autopsie dans les sinus caverneux. Voilà donc vraisemblablement, comment l'agent infectieux est parvenu à l'œil.

(b) "Le jeune homme a un père syphilitique; sa sœur, son aînée, a eu des iritis syphilitiques. C'était donc un terrain tout préparé, et ici, comme il arrive souvent, la syphilis avait fait de l'organisme un milieu de culture éminemment favorable à la germination et à la dissémination de l'agent pathogène."

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES À PROPOS D'UNE ÉPIDÉMIE D'ANGIOLEUCITE AIGÜE DU CHEVAL

DR BENOIT.—Le Dr Benoit, en son nom et en celui du DR PARIZEAU, rapporte quelques recherches entreprises au laboratoire de l'hôpital Notre-Dame pour s'assurer de la nature d'une maladie contagieuse qui sévit en ce moment sur les chevaux. Les jambes des chevaux malades se couvrent de pustules qui donnent naissance à une suppuration infecte, et s'accompagnent d'angioleucite et d'adénite suppurée. Les palefreniers chargés de panser les animaux malades sont presque tous atteints, au bras ou à la main, d'un ulcère d'inoculation suivi d'une traînée de lymphangite avec ganglions douloureux et hypertrophiés dans la saignée du bras et dans l'aisselle. En même temps, ils offrent tous les signes d'une infection générale modérée: mal de tête, insomnie, fièvre, frisson, inappétence, etc. Il est à noter, cependant, qu'ils guérissent au bout d'une dizaine de jours et que les chevaux malades n'ont aucun jetage ni aucune manifestation pulmonaire. Cependant, MM. Benoit et Parizeau ont cru, pendant quelque temps, à du farcin, car l'examen de différents échantillons du pus de différents chevaux, recueillis avec précautions dans des pipettes stérilisées, avait paru montrer, sous le microscope, les bacilles courts, en chaînettes,

à espaces clairs, caractéristiques de la morve. Mais les cultures sur gélatine, gélose et bouillon, ne donnèrent que des staphylocoques dorés purs. Il s'agissait donc d'une épidémie d'angioleucite aiguë du cheval.

L'HUILE DE CADE CONTRE LE FAVUS

DR BOULET.—Le Dr Boulet est très satisfait de l'emploi de l'huile de cade dans le favus ; il prescrit une partie d'huile de cade pour deux parties de bay-rum, en applications locales.

DR CORMIER.—Il est à remarquer que, chez les enfants, certaines maladies de peau ont pour origine des désordres de la digestion. Il suffit de pratiquer la désinfection de l'intestin à l'aide du mercure, du salophène, de l'arsénite de cuivre, et de faire localement des applications adoucissantes de vasoline boriquée, pour voir tous les troubles disparaître. La kératite a aussi une origine infectieuse et guérit plus facilement quand on traite la gastro-entérite.

TACHYCARDIE POST-OPÉATOIRE.

DR DEROME.—Le Dr Derome en a observé un cas chez une fille de 29 ans opérée à l'hôpital pour une ostéite du fémur avec collection purulente. Le pouls durant l'opération devint tellement vite qu'on ne put le compter, et resta ainsi jusque dans l'après-midi du deuxième jour. Comme traitement : strychnine. Le Dr Derome attribue cette tachycardie à une diminution de la pression sanguine par dilatation du cœur.

DR CORMIER.—Ce cas lui rappelle une de ses patientes, accouchée ces jours derniers. Elle eut une perte sanguine abondante, et le pouls demeura très vite toute la veillée. Il est bon d'ajouter que c'est une femme très nerveuse, hystérique.

Séance du 13 mai 1897

Le DR BENOIT, Vice-Président, au fauteuil.

LESIONS AORTIQUES, ULCÉRATIONS INTESTINALES ET DIARRHÉE

VERTE CHEZ UN ALIENÉ ÂGÉ DE 46 ANS

DR CHAGNON.—(L'observation complète sera publiée prochainement).

CANCER PRIMITIF DE L'ŒSOPHAGE

DRS BRENNAN et ÉTHIER.—(Voir le travail publié en entier, page 335).

DR BOULET.—Le Dr Boulet a eu connaissance d'une malade qui présentait une tumeur de la paroi postérieure du pharynx. L'opération pratiquée demeura forcément incomplète. La malade mourut six jours après. La tumeur siégeait au pharynx et poussait des excroissances jusque dans l'œsophage, lesquelles on n'avait pu saisir lors de l'opération ; il s'agissait d'un sarcome. Il y avait aussi des ganglions bronchiques suppurés. La mort survint par compression ganglionnaire du pneumogastrique.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE.

DIAGNOSTIC DU CANCER DU RECTUM.

Q^UÉBEC.—Clinique à l'hôpital Cochin.—*L'Abeille Médicale*, 8 mai 1897.

Le diagnostic du cancer du rectum est fait, en général, tard, pour ne pas dire trop tard. La raison en est double : d'une part la bénignité des symptômes du début n'évoque pas, dans l'esprit du malade, ni même souvent dans celui du médecin, l'idée de cette grave affection ; d'autre part, trop de médecins, en présence de la difficulté persistante des garde-robes, et même en face des épreintes et des hémorrhagies, répugnent à pratiquer le toucher rectal, qui seul peut éclaircir la question.

La conclusion c'est l'obligation pour le médecin lorsqu'il se trouve consulté pour un trouble du rectum quelque léger qu'il soit, et surtout pour un état dyspeptique prolongé avec constipation opiniâtre et déperdition des forces, etc., de pratiquer le toucher rectal.

Les renseignements fournis par cet examen varient suivant que le cancer siège à l'anus, dans l'ampoule, ou que le doigt peut à peine l'atteindre. Nous allons donc examiner successivement les signes que l'on rencontre dans ces localisations différentes.

1o) *Cancer anal*. — Il peut être entièrement caché dans le conduit anal ou s'étendre à la marge de l'anus en formant là une tumeur plus ou moins grosse.

a) *L'épithélioma intra-anal*, surtout s'il est ulcéré, est douloureux, l'exploration très pénible et mal supportée si l'on n'a soin de cocaïniser d'avance la surface muqueuse. Au toucher, on peut sentir une tumeur d'une consistance très dure, à surface lisse, mamelonnée, ou bien irrégulièrement ulcérée au centre avec des bords élevés et indurés. L'ulcération est d'ordinaire anfractueuse, végétante, empiétant plus ou moins sur l'ampoule, douloureuse surtout lorsqu'elle a entamé les plis sphinctériens.

b) Lorsque le cancer débordé hors de l'orifice son aspect rappelle celui d'un condylome syphilitique. Il en diffère par la dureté bien plus considérable qu'il donne au doigt ; en outre on le voit se continuer avec une ulcération intra-anale reposant sur une plaque dure.

Quelquefois, mais rarement, cette continuité fait défaut ; on trouve alors un cancer de l'ampoule, et il semble que la production anale n'est qu'une greffe secondaire.

La marche du cancer anal doit être bien connue, elle est essentiellement envahissante. De la paroi sur laquelle elle est implantée, la néoplasie tend à envahir toute la circonférence de l'anus, puis à déborder au dehors. Par suite, tandis que l'envahissement du sphincter amène l'incontinence des matières fécales, les néoformations gênent l'introduction du doigt et s'épanouissent sous forme de végétations rouges et saignantes.

Le diagnostic se fera avec les végétations banales des femmes enceintes, des vénériens, des gens sales, parce que celles des cancéreux, comme nous venons de le dire, reposent sur une base indurée, se continuent avec une ulcération intra-anale, etc.

Ces mêmes caractères permettent de différencier les ulcérations simples ou

tuberculeuses, vénériennes, syphilitiques qui sont, du reste, des ulcérations et non des tumeurs ulcérées.

Les hémorroïdes ont un aspect assez particulier pour ne pas être confondues avec cette affection, même quand le doigt rencontrerait deux ou trois petites tumeurs dures formées par des hémorroïdes enflammées, car les petites phlébites ont une expression symptomatique, qui leur est propre : épreintes, contracture, processus aigu, etc...

2o) *Cancer de l'ampoule.* — Au point de vue des résultats de l'examen on obtient de grandes différences suivant que la lésion est partielle ou circonscrite.

a) *Formes partielles.* — En pratiquant le toucher rectal, le doigt rencontre dans l'ampoule une saillie se détachant d'une des parois, remplissant plus ou moins la cavité intestinale, de consistance variable.

Il va de soi que cette saillie peut présenter les dimensions les plus variées; lorsqu'elle occupe la plus grande partie de la circonférence, on rencontre des noyaux plus petits, soit au-dessus soit au-dessous de la masse principale.

b) *Formes circonscrites.* — Dans ce cas, la maladie se présente sous deux aspects différents. Dans l'un le doigt rencontre une masse mamelonnée, au centre de laquelle il pénètre dans une excavation formée par la lumière de l'intestin, rétrécie et déformée. Quelquefois il peut franchir ce défilé et en accrochant le haut de la tumeur la faire baisser; assez fréquemment du reste, ce mouvement d'abaissement se produit spontanément sous l'influence des poussées incessantes ou de l'effort.

Lorsque le néoplasme constitue surtout une infiltration, le doigt s'engage alors dans un conduit tortueux à parois rigides, anfractueuses à surface lisse par endroits, bosselée dans d'autres, sans qu'on puisse pour s'orienter distinguer, à travers les parois rectales trop dures, les organes voisins tels que la prostate, le coecyx, etc.; ces explorations sont particulièrement douloureuses.

Ces formes de cancer rectal pourraient prêter à confusion avec certains rétrécissements du rectum: dans les deux cas on observe de la suppuration, des saignements, un rétrécissement à parois cartonneuses, un état général mauvais, mais outre que chez un porteur de rétrécissements simples, la lésion pour avoir amené à l'état cachectique serait trop ancienne pour être de nature cancéreuse, le mamelonnement de la muqueuse, la rigidité sèche, le manque de souplesse de la muqueuse rectale propres aux rétrécissements syphilitiques ou autres, ne sauraient être confondus avec une induration étendue à toute l'épaisseur des tuniques rectales, induration que renforcent des saillies et de véritables tumeurs.

3) *Cancer siégeant au-delà de l'ampoule.* Par le toucher rectal on arrive à peine à sentir avec le bout du doigt une induration. Cependant, on peut par un artifice atteindre la tumeur; pour cela on combine le palper abdominal au toucher rectal. Le malade étant à plat, le siège bien relevé par ses deux poings, la main gauche appuyée fortement sur l'hypogastre, pendant que la main exploratrice déprime fortement le périnée. On réussit encore à abaisser la tumeur en faisant pousser le malade, mais dans aucun cas il ne faut recourir au toucher effectué avec la main entière introduite dans le rectum. M. Quénu réprovoque cette manœuvre de la façon la plus absolue.

Chez la femme, il est bon de recourir au toucher vaginal. M. Quénu le pratique toujours avant de procéder au toucher rectal, car l'exploration du vagin donne des renseignements importants sur le siège et la nature probable de la tumeur.

Lorsqu'on sait avoir affaire à un cancer du rectum et qu'on connaît la partie de l'intestin intéressée, le problème diagnostique n'est pas complètement résolu; il reste — point des plus importants — à déterminer si le néoplasme s'est limité au rectum ou s'il a envahi les parties voisines: squelette, appareil urinaire, système lymphatique, etc.

L'extension du carcinome à la prostate est indiquée par les troubles de la

miction : difficultés, lenteurs à uriner, ou, au contraire, envies fréquentes, polyuries, etc. Le doigt explorateur doit rechercher principalement si la paroi malade est mobile sur la prostate, si on peut la faire glisser sur elle, si la pression révèle les douleurs.

Chez la femme, l'intégrité de la cloison recto-vaginale se constate aisément en plaçant un index dans le rectum et l'autre dans le vagin, en saisissant ainsi entre deux doigts la cloison et en faisant glisser le vagin sur la tumeur rectale.

Les rapports avec la vessie se jugeront d'après la possibilité d'abaisser la tumeur en l'accrochant avec le doigt et en lui imprimant des mouvements de haut en bas ; il faut encore remarquer que les noyaux adhérents aux parties voisines sont plus spécialement douloureux.

L'envahissement du péritoine sera considéré comme probable si, à une hauteur dépassant neuf ou dix centimètres, le néoplasme est fixe et douloureux et surtout si le malade accuse spontanément des douleurs dans le ventre, alors qu'il n'existe ni météorisme ni obstruction pouvant en rendre compte.

La propagation au squelette se juge aisément par l'adhérence au coccyx ou au sacrum.

L'extension aux parties molles du petit bassin en arrière ne tarde pas à faire éclater des douleurs le long du sciatique et dans le domaine des autres branches du plexus sacré.

Quant aux propagations à distance il est difficile de les reconnaître, car les ganglions lombaires ou sacrés, ceux du mésorectum, les hémorroïdaux moyens échappent à nos investigations.

La généralisation du cancer rectal est exceptionnelle ; néanmoins, il faut y penser, et explorer l'abdomen et surtout le foie.

Enfin M. Quénu recommande de compléter ces recherches par une analyse quantitative et qualitative de l'urine, puisque, même sans y provoquer de dépôts métastatiques, le cancer du rectum est susceptible d'altérer la structure du rein, de l'uretère et de la vessie.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PERFORATION SPONTANÉE DE L'ESTOMAC

LE DENTU.—Communication à l'Académie de Médecine (séance du 4 mai).—

L'Abeille Médicale, 8 mai 1897.

M. LE DENTU communique deux observations d'intervention chirurgicale pour perforation spontanée de l'estomac. Dans la première, l'opération, faite malheureusement trop tard, n'empêcha pas la mort ; le deuxième cas, au contraire, s'est terminé par la guérison.

À la suite de ces faits, M. Le Dentu insiste sur le diagnostic précoce de cet accident.

Deux signes peuvent être considérés comme presque pathognomoniques. Ils ont, en tout cas, une grande valeur. C'est d'abord une sensation brusque de déchirure et une douleur intense dans la région qu'occupe l'estomac, douleur qui peut, tout d'abord, occasionner une syncope ou des lipothymies et qui est suivie d'une période de collapsus caractérisé par la pâleur de la face, par la petitesse et la fréquence du pouls, par des sueurs froides.

C'est ensuite la disparition de la matité hépatique qui est remplacée par de la sonorité. Cette particularité est due à l'irruption, dans la cavité péritonéale, des gaz venus de l'estomac.

Lorsque ces deux signes coexistent chez un malade, le diagnostic est fait. On peut hésiter sur le siège précis de la perforation, mais qu'importe, du moment que l'indication de l'intervention est assez nette ? La laparotomie permet de rechercher la perforation, de la suturer ou de la tamponner suivant les cas.

Seulement, il s'en faut que ces deux signes soient constants. Parfois la brusquerie de la douleur initiale fait défaut ; il existe seulement une douleur sourde, profonde, dont le malade ne se plaint guère et que des recherches attentives permettent seules de reconnaître. Certains malades ne souffrent pas dans un point précis, mais bien un peu partout dans le ventre. La dissémination de la douleur est bien faite pour éloigner de l'idée qu'il s'agit d'une lésion bien limitée.

D'autre part, la présence de gaz en avant et au-dessus du foie ne paraît pas absolument constante, d'après les observations. Elle peut manquer si la perforation s'est faite sur la face postérieure de l'estomac. Les gaz peuvent ne pas se répandre aussi loin, aussi superficiellement, si des adhérences leur ont de suite, après ou avant la perforation, barré la route dans cette direction. Sans compter que la tympanite peut être cause du refoulement en haut du foie et du diaphragme et changer la situation de la zone hépatique.

Dans ces cas obscurs, il reste les caractères du pouls, de la respiration, de la sécrétion urinaire, l'état de la paroi abdominale, le facies, la coloration et la température des extrémités enfin les sensations et les allures des malades.

Le *pouls* est fréquent avec une température normale, ou bien, si celle-ci est un peu au dessus de la normale, il est proportionnellement trop fréquent. Il y a dissociation entre ces deux symptômes ordinairement connexes.

Le *rythme de la respiration* peut être modifié ; elle est plus ou moins surélevée. Il suffit de vingt-cinq inspirations par minute pour donner l'éveil. Cette particularité coïncide généralement avec un peu d'accélération du pouls. Isolée, elle aurait moins de valeur, mais en aurait encore.

La *sécrétion urinaire* est diminuée, parfois supprimée ; signe accessoire à propos duquel je ferai la même remarque.

La *paroi abdominale* offre assez souvent une rigidité particulière qui empêche le ballonnement.

Le *facies* est modifié. Les yeux sont cernés, le teint pâle, pendant la période du choc initial, se plombe rapidement ; mais il y a une particularité importante, c'est le *ton violacé* des téguments de la face (nez et joues) que l'on retrouve aux mains et aux ongles et qui, tout en étant une des manifestations de l'algidité, n'est pas toujours accompagné par un refroidissement marqué des extrémités.

Le *refroidissement des extrémités* (mains, nez, langue) est toujours un indice de shock grave, même à un faible degré, et comme il *coïncide souvent avec le maintien de la température centrale*, il ne faut pas se laisser détourner des grandes déterminations par cette dernière circonstance. Une température de 38°, dans l'aisselle, n'implique nullement qu'il n'y a pas à craindre un grand péril. La menace est là quand même, et c'est dans l'abaissement de température des extrémités qu'il faut en voir l'expression extérieure.

Enfin, on en est réduit quelquefois à interroger les *sensations* des malades, à en étudier les *allures*. Quelques-uns, à défaut d'angoisse proprement dite, éprouvent un malaise indéfinissable ; certains, qui n'éprouvent rien d'anormal, se signalent par de l'*agitation*, mais par une agitation insignifiante en apparence, plutôt même par un besoin inconscient de mouvement ; ils se remuent souvent, mais tranquillement, dans leur lit, ils se lèvent, se promènent malgré la défense qu'on leur en a faite, et quelquefois meurent debout, d'une syncope qui surprend tout le monde.

Comme intervention, M. Le Dentu donne au nettoyage du péritoine à sec, avec des compresses aseptiques, la préférence sur les grands lavages. Il pense que la suture de la perforation devra être pratiquée aussi souvent qu'elle se montrera possible ; mais si la perforation était trop difficilement accessible, mieux vaudrait tamponner la cavité péritonéale en son voisinage et établir en même temps un drainage avec un ou deux gros tubes de caoutchouc. Il repousse absolument le drainage de la perforation elle-même, comme propre à

empêcher ou à retarder le rapprochement des bords de la solution de continuité. Il repousse aussi la fixation de la zone perforée à la paroi abdominale, de manière à établir une fistule stomacale, sauf le cas où la perforation siègerait au voisinage de la grande courbure de l'estomac et où la friabilité de la paroi rendrait la suture trop dangereuse. Alors le drainage du péritoine serait fait quand même à côté de la fistule. Enfin un drainage complémentaire dans la partie basse du ventre par le cul de sac de Douglas (Barling), ou par une ouverture sus-pubienne (Bewlby), serait prudent si le petit bassin avait été trouvé rempli de liquide infectieux.

LA CLINIQUE.

Dans son numéro de juin, qui vient de paraître, la Clinique consacre au Dr Paul, notre collaborateur, un article fort acerbe, intitulé : *Ignorance voulue*. Cet article est rempli d'aménités à notre égard, et écrit d'un style peu banal : certains mots surtout ont une saveur !... Cela rappelle à s'y méprendre le fameux Dr Noir *L'Union Médicale* étant prête à aller sous presse, nous analyserons l'article à notre prochaine livraison. Mais nous conseillons à nos lecteurs d'acheter le numéro de juin de la *Clinique*, (ou de la *Clinique*, comme ils impriment) ; depuis si longtemps que ce journal n'avait rien publié d'original, il s'est rattrapé. Inutile de vous dire que ceci s'accompagne d'un petit bout de réclame dans un journal du soir. On a des amis ou l'on en n'a pas.

Vient de paraître chez MASSON & Cie, éditeurs :

DRS CRITZMAN et LEGUEU.—L'Œuvre médico-chirurgicale, DR CRITZMAN, directeur. No 1 : De l'appendicite, par le DR LEGUEU, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 brochure in 8°..... 1 fr. 25

La rapidité avec laquelle naissent et évoluent les nouvelles questions médicales frappe de vieillesse précoce les traités de médecine et de chirurgie les plus récents et les mieux documentés. La collection dont nous avons le premier numéro sous les yeux vient d'être créée pour remédier à cette caducité extrême des livres classiques. Toute question nouvelle, ayant pris corps et vivant de sa propre vie, sera traitée par des savants autorisés ; et cela de telle manière que n'importe quel traité d'une des sciences médicales puisse être tenu au courant, presque au jour le jour, des nouveaux problèmes dont la solution semble actuellement acquise à la biologie physiologique ou pathologique.

Le premier numéro est consacré à l'appendicite, question tellement discutée, qu'à lire les journaux aucun médecin même très versé dans les récents travaux, ne saurait se faire une opinion claire, précise.

Dans son travail, le Dr Legueu résume d'une manière lumineuse toutes les théories actuelles sur la pathogénie de cette affection, toutes les indications cliniques et thérapeutiques qui en découlent ; mais M. Legueu n'a pas entendu faire une simple œuvre de compilation et de mise au point. Sa propre expérience sur l'appendicite lui a permis de faire une étude critique serrée de toutes les nouvelles données et de les synthétiser dans une série de chapitres d'une division très heureuse. Avec cette monographie l'appendicite est faite, et définitivement.

Il s'agit ici d'un travail personnel en même temps que d'une étude critique et bibliographique ; et c'est ce qui constitue à notre sens la véritable originalité de cette nouvelle collection, destinée à combler un vide réel dans la littérature médicale de nos jours ; car elle a pour but de donner à chaque nouveau problème médical une formule complète classique, de façon à constituer autant de chapitres dignes de figurer dans le meilleur traité de médecine et de chirurgie.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES SÉCRÉTIONS GÉNITALES DANS
LA GROSSESSE ET L'ÉTAT PUERPÉRAL

Par M. WALTHARD

Les recherches entreprises par l'auteur sur l'influence du contenu bactériologique du canal génital de la femme sur l'étiologie de la fièvre puerpérale ont donné les résultats suivants :

Le canal génital d'une femme enceinte n'ayant pas été touché au dernier mois de la grossesse se divise en deux zones.

La première zone : vestibule, vulve, vagin et partie inférieure du canal cervical, renferme des microbes.

La seconde zone, comprenant le reste du col, l'utérus et les trompes, ne renferme pas de microbes.

Cette division tient au bouchon muqueux incessamment renouvelé qui se trouve dans le canal cervical et est sécrété par les glandes de la muqueuse. Manquant d'albumine, ce bouchon constitue pour les micro-organismes du vagin, un mauvais terrain de culture. La sécrétion continue des glandes favorise l'expulsion du bouchon hors du col. Dans le vagin, le mucus devient un terrain de culture pour les micro-organismes, grâce à son mélange avec les sécrétions vaginales.

Le contact des sécrétions vaginales au niveau de l'orifice externe détermine une leucocytose de la muqueuse cervicale et la phagocytose diminue la quantité des micro-organismes, d'où résulte une diminution de la quantité des germes au-dessus de l'orifice externe. Au point de vue microscopique, on peut diviser la muqueuse cervicale en trois zones.

Dans la zone inférieure, on trouve un mucus homogène, des cellules épithéliales plates, des leucocytes, des micro-organismes du vagin, des cellules épithéliales cylindriques isolées.

Dans la 2^e zone, on trouve un mucus homogène, des leucocytes, des cellules cylindriques.

Dans la 3^e zone, on ne trouve plus de leucocytes.

Les deux premières zones correspondent au tiers inférieur, la troisième zone au deux tiers supérieurs de la muqueuse.

Que la sécrétion vaginale soit normale ou non, c'est au niveau de la 2^e zone que se trouvent les frontières entre la partie du canal renfermant des germes et celles n'en renfermant pas.

Pour ce qui est de l'accouchement, se basant sur l'absence si fréquente des germes dans les lochies de femmes accouchées normalement, d'une part sur la stérilité constatée des lochies de 10 femmes accouchées n'ayant pas été touchées, on peut admettre que dans les accouchements normaux, spontanés, la cavité utérine n'est pas infectée par les voies naturelles. Les mêmes constatations ont été faites sur les animaux par Strauss et Sanchez-Toléro.

L'écoulement du liquide amniotique réduit au minimum la quantité de germes dans le segment du canal qui en renferme.

Dans l'état puerpéral, la cavité utérine est protégée contre l'immigration spontanée par la colonne muqueuse du canal cervical. La composition physiologique et bactériologique du mucus cervical est, sauf la consistance, la même que dans la grossesse.

La consistance n'est pas gélatineuse, mais sirupeuse.

Les lochies ne dissolvent pas le mucus.

La quantité de micro-organismes, contenus dans la partie du canal qui en renferme, est au début de l'état puerpéral faible, mais augmente avec le temps.

Les micro-organismes pathogènes qu'on rencontre dans la partie fœtale du canal génital sont le streptocoque, le staphylocoque, le gonocoque et le bactérium coli.

L'agent principal de la fièvre puerpérale à tous ses degrés est le streptocoque pyogène. Il a été trouvé 27 fois dans la sécrétion vaginale de cent femmes enceintes n'ayant pas été touchées et ne diffère que par sa virulence de celui qu'on trouve dans les cas de fièvre puerpérale aiguë. Il reste inoffensif dans les tissus de lapins bien portants et vigoureux, comme dans les tissus d'une femme en travail saine.

Les streptocoques du vagin se cultivent bien dans le liquide amniotique; les cultures n'ont pas d'odeur, la virulence n'augmente pas. Ils se cultivent bien aussi dans les lochies. Les cultures ne sentent pas mauvais, leur virulence augmente légèrement sans atteindre jamais la gravité des streptocoques provenant d'un processus puerpéral suivi de mort.

Le bactérium coli peut se trouver en abondance dans les sécrétions vaginales. Il produit dans le liquide amniotique des gaz fétides. Transporté dans les lochies stériles, il les colore en brun et vert et les rend fétides.

Les lochies fétides des tissus vivants ne sont pas dues au streptocoque, le bactérium coli peut en être la cause. L'odeur fétide n'implique pas une infection grave.

1^o Les streptocoques du vagin agissent comme saprophytes (sans virulence) par les produits qu'ils sécrètent et qui sont résorbés en cas d'élimination insuffisante hors de l'organisme (toxémie ou fièvre de résorption).

Le défaut d'élimination chez les accouchées dans leur lit avec des organes génitaux anatomiquement normaux, se produit dans la cavité utérine. La rétention, dans l'état puerpéral est causé par :

- a) anté ou rétroflexion prononcée de l'utérus ;
- b) rétention partielle du placenta ou des membranes ;
- c) pendant le travail, par la rupture prématurée des membranes et le travail prolongé.

L'infection de la cavité utérine se fait :

- a) par l'intermédiaire des mains ou des instruments ;
- b) par immigration spontanée, pendant le travail, le long des parties fœtales ou ovulaires précidentes, pendant les suites de couches le long des débris de l'œuf retenus et s'étendant, à travers le col, de la cavité utérine au vagin.

2^o Les streptocoques du vagin agissent comme parasites virulents quand les tissus sur lesquels ils vivent ont perdu leur résistance. L'accouchement peut produire ce résultat localement par les troubles de nutrition des tissus comprimés.—(Revue des mal. des femmes.)

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE : DÉVELOPPEMENT D'ENFANTS D'UN

POIDS EXTRÊMEMENT FAIBLE.

Dans une étude sur la syphilis héréditaire publiée par les *Annales de la société médico-chirurgicale de Liège*, M. le Dr Troisfontaines signale le cas d'un enfant qui malgré un poids extraordinairement petit à sa naissance arriva à se développer : il rappelle à ce propos les cas de ce genre déjà publiés.

L'enfant dont il s'agit, né à 7 mois d'un père et d'une mère syphilitiques, ne put être pesé le jour même de sa naissance, mais, arrivé au vingt-cinquième jour et alors que son aspect s'était déjà modifié sensiblement sous l'influence de la liqueur de Van Swieten, il pesait 750 grammes (sept cent cinquante grammes). La liqueur de Van Swieten lui avait été administrée à la dose de 20 gouttes

dans les vingt-quatre heures et la méliciation avait été commencée huit heures seulement après la naissance.

Dès le lendemain de sa naissance, l'enfant présenta des bulles de pemphigus sur la plante des pieds et le bas des jambes, régions qui furent, jusqu'à guérison de ce processus, enveloppées simplement d'ouate au sublimé.

A sept semaines le lait de la mère étant peu abondant et de médiocre qualité et ne pouvant, à cause des occupations de cette dame, être donné à intervalles réguliers, on y joignit l'usage du lait de vache stérilisé au bain-marie dans le biberon même, fermé à l'aide d'un tampon d'ouate. Les biberons ainsi utilisés étaient des biberons de poupée d'une contenance de 28 grammes. Ils étaient au début donnés pleins aux deux tiers (18 grammes), le lait étant additionné d'un tiers d'eau. Bientôt ils furent donnés remplis; ils furent utilisés pendant trois mois et demi. L'enfant en prenait neuf à dix par jour et était mis à trois ou quatre reprises au sein maternel.

La liqueur de Van Swieten, dont la dose fut tantôt portée à 25 gouttes, tantôt abaissée à 10, fut imperturbablement continuée pendant six mois et reprise deux ou trois fois depuis lors en l'alternant avec le sirop de Gibert.

Petit à petit le sujet s'est développé convenablement, quoiqu'ayant présenté deux fois du catarrhe intestinal assez prononcé. A 7½ mois il a cessé de prendre le sein et a été nourri exclusivement au biberon. Il a marché à dix-sept mois; à vingt-trois mois et quatre jours il pesait 11 kilogr. 650 grammes et avait 73 centimètres de hauteur. Il mesure actuellement, à deux ans et neuf mois et demi, 80 centimètres et pèse 13½ kilogr.

Il a le front large et saillant, mais ne présente aucune malformation, ses dents sont belles et bien plantées, il parle assez couramment et en somme n'offre rien qui le distingue de la généralité des enfants du même âge.

Ce cas est extrêmement intéressant, puisqu'il montre les services que peut rendre le lait stérilisé dans l'élevage des enfants les plus compromis. M. Troisfontaines cite ensuite les faits suivants qu'il rapproche de ce cas.

VILLEMEN a présenté, en 1894, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, l'observation d'un enfant pesant 955 grammes, trois jours après sa naissance, et seulement 900, le sixième, né après 24 à 26 semaines de grossesse, placé au bout de quelques heures dans la couveuse d'Arsonval chauffée à 37° centigrades. Cet enfant fut nourri pendant les six premières semaines de lait de femme donné à la cuiller et fut ensuite mis au sein. La sortie définitive de la couveuse eut lieu après deux mois et demi et après divers incidents le bébé a pu s'élever normalement.

A l'occasion de cette communication, MAYGRIER a signalé la présence, dans son service de la Pitié, d'un enfant né depuis 7 jours, à six mois, ne pesant plus que 770 grammes, mais en état de mort imminente, il est vrai.

CHARPENTIER a vu s'élever un enfant de six mois, du poids de 1040 grammes, qui put prendre le sein au bout d'une huitaine de jours déjà.

Le docteur VAN AUDENAEREN, de Tirlemont, a vu un enfant, né vers le huitième mois de la grossesse, pesant 1000 grammes, qui, dès la fin du second jour put déjà téter un peu et que des accès de spasme glottique mirent le troisième jour à un doigt de la mort. Le dixième jour cependant, le sujet pesait déjà 1300 grammes. Il a actuellement plus de trois mois.

D'autres exemples de survie plus étonnants encore sont relatés dans un travail de MILLER : en voici quelques-uns!

ROCHESTER a vu un enfant né après vingt-deux semaines de grossesse, pesant une livre (1), pouvant avaler du lait et vivant treize heures. BARKER cite le cas d'un nouveau-né, venu au monde dans la vingt-troisième semaine de la gestation, du poids d'une livre, long de onze pouces et atteignant l'âge de

(1) La livre anglaise vaut près de 454 grammes seulement, mais MILLER ne dit pas s'il s'agit de cette livre ou de la livre allemande valant comme la nôtre 500 grammes. (L'auteur.)

quatre ans et demi. HOME a connu un enfant de dix-huit semaines seulement, pesant aussi une livre, long de huit pouces, mort à huit ans et ne mesurant à cette époque que vingt-deux pouces. WILLING a observé un prématuré de vingt-deux semaines, d'une livre et quart, vivant quarante-quatre heures. HOLST rapporte qu'un enfant d'une livre et demie vécut six heures. ALAN relate l'observation d'un avorton pesant aussi une livre et demie, vivant quatre mois et atteignant quatre livres à l'époque de sa mort. REDMAN a soigné un enfant de vingt-six semaines, du poids d'une livre et demie également, long de treize pouces, ayant survécu quatre mois. D'OUTREPOIX a connu un enfant né vers la vingt-septième semaine, pesant comme les trois précédents une livre et demie, parvenu à l'âge de onze ans, mais paraissant alors n'en avoir que sept. BÄKER parle d'un nouveau-né de vingt-six semaines, pesant une livre trois quarts, survivant six semaines. CULLINGWOOD a vu une fille de vingt-huit semaines, de quatorze pouces de long, pesant deux livres, nourrie de lait de vache, mourir à six semaines, et KOPP signale un enfant de deux livres et demie, long de onze pouces et demi, survivant plusieurs semaines.

Ces exemples constituent uniquement des curiosités, cela va de soi, et il est, en somme, extrêmement rare qu'un enfant au-dessous de 1000 grammes puisse survivre.

Quoi qu'il en soit, la très heureuse influence, l'absolue nécessité même de la chaleur pour les nouveau-nés chétifs, est entièrement hors de conteste. BUDIN a montré que, depuis l'emploi de la couveuse, la survie des enfants de six mois nés à la Maternité de Paris, est actuellement de 30 0/0 au lieu de 0, qu'elle atteint 63,6 0/0 au lieu de 39 à sept mois, et 85,7 0/0 à huit mois. Enfin, CÉDÉ, sur un total de vingt-quatre enfants de 1,000 à 1,500 grammes, placés dans son berceau incubateur, a noté quatre survies.— *Journal de médecine pratique*)

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES FISTULES GÉNITO-URINAIRES CHEZ LA FEMME

(Thèse de St-Petersbourg, 1896.)

KOENTCHWITSCH, en partant de ce point de vue que très souvent c'est l'insuffisance de tissu qui est cause de l'échec de l'opération, eut l'idée de recourir dans tous les cas, même les plus graves, au procédé à lambeau, recommandé, il y a environ quarante ans, par Gerdy et Collin, en le modifiant quelque peu.

En opérant, l'auteur cherche à n'enlever rien, autant que possible; il sépare la cloison vésico-vaginale dans le pourtour de la fistule et réunit ensuite les lambeaux. La direction dans laquelle les bords doivent être réunis est en rapport direct avec l'étiologie de la fistule. Si celle-ci s'était formée, comme cela arrive dans l'immense majorité des cas, à la suite d'un accouchement prolongé, on fera la réunion dans le sens transversal; si, au contraire, la fistule résulte par exemple d'un pessaire oublié, la réunion sera faite dans le sens longitudinal.

Le travail de l'auteur contient 29 observations concernant les malades opérées d'après ce procédé conservateur. Voici les résultats obtenus: Sur 22 malades avec des fistules faciles à opérer, 18 ont guéri complètement, 1 a été améliorée, 1 est restée dans le même état et 2 n'ont conservé qu'une fistule filiforme. Sur 7 malades avec des fistules difficiles à opérer, 3 ont guéri, 3 ont été considérablement améliorées et 1 est restée dans le même état.

L'auteur considère comme un avantage tout particulier de cette méthode, ce fait que le champ opératoire reste libre et qu'on peut par conséquent, le cas échéant, répéter l'opération d'après n'importe quel procédé.

En effet, l'auteur opéra un certain nombre de malades plusieurs fois et est arrivé à obtenir la guérison après la troisième ou quatrième tentative opératoire.

En tout cas, il faut noter ce point que pas une malade ne vit son état aggravé.
—*Rev. de Thér. Méd. Chir.*

ACTION ANTIGALACTAGOGUE DU CAMPHRE

(*Société de Médecine de Nancy, 29 décembre 1896*)

M. A. HERRGOTT fait une communication sur l'emploi du camphre comme médicament antigalactagogue.

Quand, pour une cause ou pour une autre, le médecin est obligé de supprimer l'allaitement, ordinairement on diminue la quantité des boissons que la femme prend habituellement, on administre en outre de légères purgations, on recouvre les seins avec de l'ouate après avoir fait sur ces organes des onctions avec un liniment camphré ou avec de l'huile de chénevis chauffée; mais tous ces moyens ont une action plutôt morale qu'effective et ils sont surtout propres à calmer les préjugés des femmes qui redoutent les dangers imaginaires d'un lait "résorbé." En fait, le lait diminue peu à peu quand l'enfant n'est pas mis au sein, quand il tète mal ou qu'il ne tète plus.

En 1890, Pyan Tenisson faisait connaître les bons effets obtenus avec l'antipyrine comme agent antigalactagogue. Dans six cas où ce médicament avait été employé à la dose de 1 gr. 20 à 60 centigrammes par jour et à trois ou cinq reprises, il avait vu la sécrétion lactée diminuer presque complètement chez cinq de ses accouchées. Malheureusement les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs n'ont pas toujours été aussi satisfaisants. M. A. Herrgott a employé plusieurs fois l'antipyrine comme moyen antigalactagogue sans parvenir à tarir la sécrétion du lait. Pour arriver au but proposé, on a été obligé d'augmenter notablement les doses d'antipyrine: il y avait alors une transpiration abondante de nature à diminuer la quantité du lait. Mais l'antipyrine employée ainsi à fortes doses n'est pas sans présenter de véritables dangers, aussi a-t-il renoncé complètement à en faire usage comme antigalactagogue.

Le médicament que M. A. Herrgott emploie est le camphre, et les résultats qu'il a obtenus sont tout à fait de nature à en recommander l'usage. Il le prescrit à la dose de 60 centigrammes par jour, en trois fois, par cachets de 20 centigrammes (3 grains), et cela pendant trois jours. Dans une trentaine de cas où le camphre a été employé dans ce but, la sécrétion a presque toujours diminué d'une façon tout à fait remarquable.—*Rev. de Thér. Méd. Chir.*

DE LA MORT APRÈS LA LAPAROTOMIE.

M. FRITSCH (Bonn), *Bull. Méd.*—La mort survenue à la suite de la laparotomie a été, depuis trente ans, interprétée de façons très diverses. A l'ancienne théorie de la péritonite purulente, Marion Sims a substitué ce que nous appelons la péritonite septique, qui est caractérisée par l'injection du péritoine, la congestion de l'intestin, le tympanisme et l'exsudat séro-sanguinolent peu abondant.

Mais il est inexact de considérer ces cas comme une simple septicémie. Aujourd'hui l'antisepsie et l'asepsie ne sont plus un monopole. Ce qui le montre, c'est l'amélioration des résultats obtenus de tous côtés. Cependant il faut reconnaître qu'on n'obtient pas une asepsie absolue, au sens de la bactériologie. Si on pratique l'une après l'autre deux ou trois laparotomies, on en voit succomber une, et cependant la préparation, l'exécution de l'opération sont les mêmes; les cas sont semblables.

Pour une même manière d'agir, les résultats sont variables suivant les tissus, suivant les individus; leur résistance vis-à-vis des bactéries est inégale. On n'a jamais vu de maladie pestilentielle tuer absolument toute une population. Les conditions extérieures restant les mêmes, tous les individus ne succombent pas au choléra, au typhus. On voit même les bactéries de ces dernières maladies se rencontrer chez des individus bien portants.

Pour les laparotomisées, il n'y a pas de conclusions absolument générales. Le péritoine, l'organe essentiel dans ce cas, donne lieu à des évolutions physiologiques et pathologiques rapides. Il résorbe rapidement; il met rapidement les microcoques hors d'état de nuire, c'est-à-dire qu'il les absorbe et les déverse dans le torrent circulatoire, milieu extrêmement antiseptique.

Mais pour que les microcoques soient ainsi détruits il faut : 1° qu'ils ne soient pas trop nombreux; 2° que la circulation soit normale et le cœur en bon état; 3° que les fonctions du péritoine soient conservées grâce à un état anatomique normal. Si les opérations faites par la voie vaginale donnaient des résultats supérieurs à la laparotomie, malgré leur durée et les hémorragies, c'est parce qu'elles respectaient le péritoine qui n'était ni refroidi, ni modifié dans ses conditions de pression.

Nous pouvons constater souvent les fâcheux effets de l'ouverture du péritoine : les vaisseaux se dilatent; il s'y fait de la stase circulatoire. Il en résulte des modifications du péristaltisme et des fonctions de la muqueuse intestinale : il se produit des gaz, une exagération de la pression intestinale; la paroi de l'intestin devient perméable aux bactéries.

Ces altérations spontanées du péritoine, on les provoque encore par ce qu'on a appelé la toilette du péritoine, qu'on lave, qu'on soumet à l'action d'agents chimiques. Les bactéries que l'opération a pu amener, ne sont plus entraînées; elles trouvent dans le péritoine ainsi modifié un bon milieu de culture.

En général, l'intestin affaibli pendant l'opération ne tarde pas à revenir à l'état normal dès qu'il se retrouve dans ses conditions physiologiques. Mais les légers symptômes rappelant l'iléus, que l'on observe après les laparotomies graves, indiquent la lésion fonctionnelle du péritoine. Au bout de vingt-quatre heures, l'intestin a repris ses fonctions, et si le cœur est vigoureux et le pouls normal, il ne subsiste aucun danger; mais il n'en est pas de même dans le cas contraire.

Ainsi, sans parler de l'infection, le danger post-laparotomique a deux causes reliées ensemble : la faiblesse cardiaque d'une part, l'altération des fonctions péritonéale et intestinale d'autre part. Le danger n'est pas hors de l'organisme, mais, au contraire, en lui. Le danger de l'infection n'est pas seul à craindre, mais encore l'affaiblissement de la résistance générale et locale. Les laparotomisées ne meurent pas parce qu'elles sont septicémiques, mais elles deviennent septicémiques parce qu'elles meurent ou pendant qu'elles meurent.

Lawson Tait, Kœberlé et autres n'ont jamais fait d'antisepsie. S'ils ont eu d'aussi bons résultats, c'est parce que leurs opérations rapides, bien dirigées, diminuaient peu la vitalité générale et locale de leurs opérées.

Chacun de nous peut s'en convaincre en examinant, non une statistique générale, mais sa statistique personnelle d'opérations graves. Ainsi Schrœder a pour les ovariectomies une mortalité de 4 0/10 et pour les myotomies une mortalité de 33,3. Pourquoi? L'antisepsie est la même, mais la durée de l'opération, et, par conséquent, les dangers centraux et périphériques augmentent dans les interventions laborieuses.

Chaque chirurgien voit sa statistique s'améliorer progressivement, à mesure qu'il opère mieux. Chacun a une préférence pour un procédé particulier, qu'il étudie expérimentalement et dans lequel il prend une supériorité technique. Pour lui, ce procédé devient le meilleur, dans lequel on ne perd pas de temps et on ne fait rien d'inutile. L'habileté technique ainsi acquise est la cause de meilleurs résultats obtenus. Aussi l'opérateur n'hésite pas à proclamer la supériorité de sa manière de faire, et il engage avec les contradicteurs une polémique à ce sujet plus ou moins ardente suivant son tempérament.

Que ce procédé soit le meilleur pour lui, c'est certain; pour les autres, ce l'est moins. Car ce n'est pas le procédé qui assure le succès, mais l'expérience qu'en a le chirurgien. C'est pourquoi on a vu avec des méthodes fort diverses les résultats s'améliorer de tous côtés. Aussi une statistique générale a-t-elle

peu de valeur pour démontrer la supériorité d'une méthode et les statistiques particulières sont plus instructives.

Pour revenir à la clinique, voici ce qui se passe après une laparotomie malheureuse : la malade est anxieuse à son réveil ; la respiration est un peu difficile, ce que l'on met sur le compte du pansement. Le symptôme caractéristique est la faiblesse du cœur, la rapidité du pouls. L'abdomen est tendu, le visage est pâle, il y a de la soif et des vomissements. Le tympanisme augmente et le pouls est de plus en plus mauvais.

Ce sont là des symptômes d'iléus, mais il n'y a pas d'obstruction. Ce sont des symptômes péritonitiques, mais il n'y a pas de péritonite purulente, car il n'y a ni fièvre, ni sensibilité à la pression. Il n'y a point de septicémie et le sensorium n'est pas altéré. La septicémie peut bien avoir lieu sans fièvre, mais les cas dont je parle guérissent souvent avec un traitement approprié.

Mais s'il n'y a pas relèvement du pouls et diminution du tympanisme, le second ou le troisième soir on voit s'allumer une légère fièvre qui s'accroît à la fin de la vie. Alors les malades sont envahies par la septicémie ; mais le trouble le plus grave ce n'est pas la fièvre, c'est la faiblesse cardiaque.

Si ma manière de voir est juste, quand on se trouve en face d'un cœur faible ou affaibli, quand il y a thrombose après une pneumonie ou l'influenza, il ne faut pas opérer, mais attendre. Avant une opération, il faut s'abstenir de tout ce qui peut affaiblir : bains frais, diète, purgatifs énergiques. La technique opératoire doit être bonne et le traitement consécutif soigneux. Les lavages de l'estomac, les lavements chauds, les toniques sous-cutanés, la quinine, etc., combattent la faiblesse.

Il y a trente ans, les chirurgiens de la vieille école, bons anatomistes et versés dans la médecine opératoire, opéraient habilement et leurs malades succombaient. Il s'est fait une réaction et on a dédaigné l'habileté technique, l'expérience, la science et même les connaissances anatomiques. Grâce à l'antisepsie, il a semblé inutile d'opérer rapidement et habilement. L'antisepsie seule est nécessaire, dit-on.

Il faut réagir contre cette tendance. Il faut répéter que la technique, l'habileté, l'expérience ont une grande importance pour le succès.

Il serait avantageux qu'en gynécologie la technique opératoire fût fixée par des règles précises, comme elle l'est en chirurgie. Ce progrès sera peut-être réalisé dans trente ans.—(*Rev. des Mal. des Femmes*).

DES MÉDICAMENTS CONTRE-INDIQUÉS DANS LA GROSSESSE

Il faut placer en tête des médicaments dangereux, pendant la grossesse, le salicylate de soude, qui est très énergique comme emménagogue ; on peut d'ailleurs s'en servir avec succès pour ramener la menstruation des aménorrhéiques. — La même réserve sera observée à l'égard du salol et de l'acide salicylique.

L'ergot de seigle, l'ergotine, l'ergolinine sont à redouter, cela est de règle. On se méfiera également des purgatifs et des dérivatifs, surtout dans les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse. Les révulsifs, tels que sinapismes, sangsues, seront écartés de parti pris ; s'ils ne sont pas sûrement abortifs, ils constituent en tout cas un danger. On prescrira plutôt des lavements et des poudres laxatives.

Les abortifs tels que le safran, l'absinthe, l'armoise, la rue, le tabac... sont peu dangereux. Il n'en est pas de même de l'acide oxalique et du sulfure de carbone, qui ont été quelquefois donnés par inadvertance dans un but curatif. Chez les femmes qui nourrissent on devra supprimer l'antipyrine et la cocaïne qui sont antigalactogues.—(*Rev. des Mal. des Femmes*.)

REVUE D'HYGIÈNE

LA FILTRATION DE L'EAU

La mauvaise qualité de l'eau de boisson est une cause de maladie ; ceci est une vérité dont la preuve n'est plus à faire. Nous croyons donc inutile de nous attarder à démontrer la nécessité de la filtration de l'eau. Nous préférons renvoyer le lecteur à la livraison de juillet 1896 de l'*Union Médicale*, page 427, où nous avons dit quelques mots de la prise d'eau, des qualités de l'eau potable, de la contamination de l'eau dans le sol, ainsi que de l'eau et des maladies ; il y verra que l'eau pure est une des premières nécessités de la vie. D'ailleurs, sans chercher de longs raisonnements, tout le monde d'instinct aime à boire de la bonne eau.

Pour que l'eau soit pure au sens strict du mot, c'est-à-dire, que, tout en ayant une belle couleur, elle ne contienne aucun germe, il faut qu'elle soit filtrée,

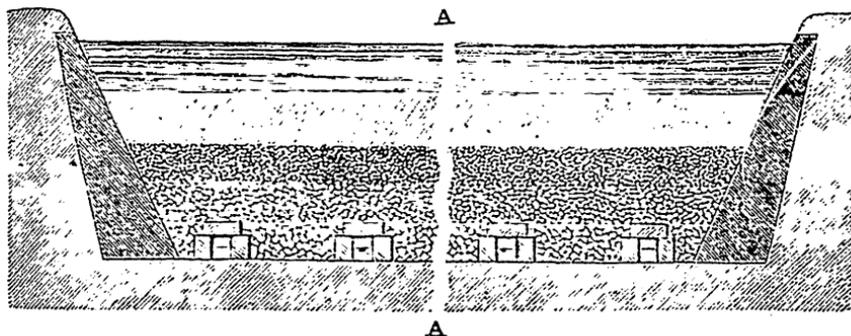


Fig. 1.—Filtre de la compagnie Lambeth, de Londres—type ordinaire des filtres en Europe. (Pour réduire la figure, seules les deux extrémités du filtre sont représentées, comme l'indique la cassure A A.)

car l'on n'est jamais sûr de la pureté d'approvisionnement de l'eau, à moins de le prendre à la source même, ce qui n'est pas toujours facile. Cette question de la filtration de l'eau, l'une des plus importantes de l'hygiène publique, a été l'objet de recherches nombreuses et de discussions souvent renouvelées. On commence aujourd'hui à s'accorder sur les points principaux, mais ce serait une erreur d'affirmer que la question est complètement résolue, et que les moyens d'action conseillés ont une efficacité parfaite. Ils offrent cependant des garanties suffisantes pour en justifier l'emploi.

Nous ne saurions mieux mettre nos lecteurs à même d'en juger qu'en leur plaçant de nouveau sous les yeux l'étude intéressante publiée par le secrétaire du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, dans le deuxième rapport du Conseil, pages 15 et suivantes. C'est un exposé clair et concis de l'état actuel de la question.

“La filtration de l'eau a pour but d'enlever à l'eau les matières organiques mortes et les matières organiques vivantes (bactéries).”

“A. FILTRES A SABLE.—Le filtrage au sable est presque universellement considéré comme le meilleur procédé pour la filtration des eaux en grand.—filtres municipaux. Les microbes ne sont pas entièrement détruits par le filtrage au sable, mais, cependant, par un filtre bien fait et bien conduit, le nombre enlevé est de 98 à 99 par cent.

"CONSTRUCTION.—Les filtres à sable consistent dans de grands bassins contenant une épaisseur de sable variant de 4 à 5 pieds, au travers duquel passe l'eau pour arriver aux conduites de collection, disposées au fond du bassin. Ces conduites amènent l'eau au réservoir d'où on la distribue. Le sable employé dans la composition du filtre n'est pas de grosseur uniforme. Dans un des filtres de Berlin, on emploie du sable de quatre grosseurs différentes. L'épaisseur du sable y est de 4 pieds, dont 2 pieds sont de sable fin, puis un pied de sable grossier mélangé de gravier, puis, enfin, un pied de gros cailloux placés immédiatement au-dessus des conduites de collection de l'eau. D'après Guinochet, la vitesse avec laquelle l'eau doit passer est de 10 pieds par jour. On régularise cette vitesse, en ouvrant plus ou moins les robinets de sortie et en maintenant une couche plus ou moins épaisse d'eau à la surface du sable.

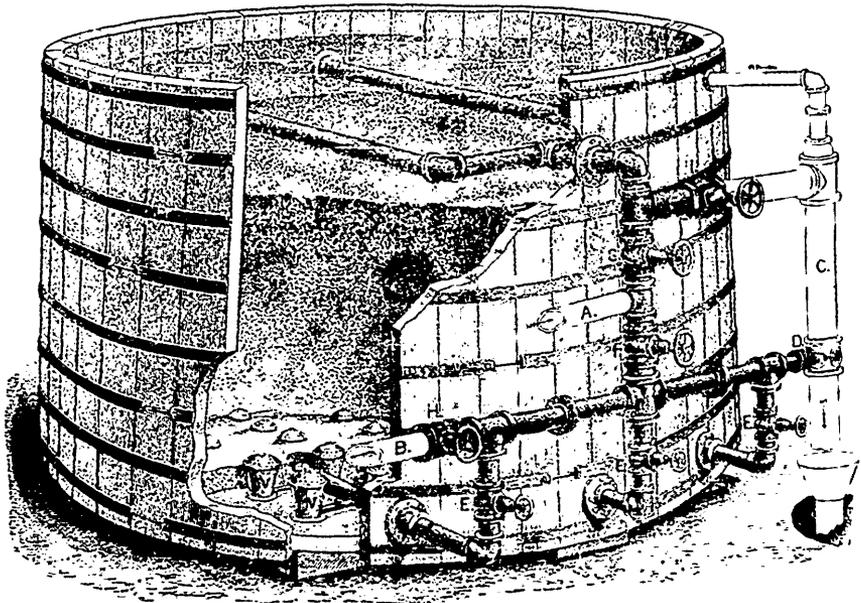
"1^{ère} théorie.—En France, en Allemagne et en Angleterre, où il existe un grand nombre de filtres à sable, on attribue le pouvoir filtrant non au sable mais à la couche de limon—matières organiques en grande partie vivantes : bactéries—que l'eau dépose sur le filtre ; le sable ne servirait que de support à cette couche organique renfermant les bactéries. C'est donc un filtre vivant. Sous l'influence des bactéries, la décomposition des matières organiques que contient l'eau se continue (l'eau est généralement environ 6 heures en contact avec la couche microbienne), et un grand nombre de bactéries elles-mêmes sont détruites par l'oxydation. Les partisans de cette théorie attachent donc une très grande importance à ce qu'il n'y ait pas de solution de continuité dans la membrane microbienne, et on ne livre à la consommation que l'eau qui a passé à travers le filtre après que cette membrane a été formée. Nous verrons plus loin comment on procède.

"2^e théorie.—C'est celle dont la station expérimentale du Conseil d'Hygiène de Massachusetts est l'auteur. Ici, on n'attache pas d'importance à la couche de limon que dépose l'eau à la surface du sable. On cherche avant tout à emmagasiner autant d'air que possible entre les grains de sable dans toute l'épaisseur du filtre, afin d'y activer l'oxydation des matières organiques ; oxydation qui est favorisée par les bactéries qui accompagnent la matière organique dans son passage à travers le filtre et aussi par celles qui se trouvent naturellement dans le sable. Afin d'obtenir cette oxygénation du sol, on ne fait travailler le filtre que d'une manière intermittente ; le filtre ne fonctionne que 16 heures en moyenne sur 24, et l'eau en recédant fait place à l'air. La diminution des bactéries s'expliquerait par la destruction des matières organiques, les bactéries ne pouvant survivre à la destruction de ces matières qui faisaient leur nourriture. On a calculé que le filtre de Lawrence réduit le nombre de bactéries à 150 par centimètre cube, de 9,000 qu'il était avant le filtrage.

"Suivant que l'on adopte l'une ou l'autre de ces théories, le mode d'entretien d'un filtre varie beaucoup. Pour ceux qui adoptent la première théorie, le filtre demande la plus grande attention. Guinochet décrit le procédé suivi pour mettre le filtre en fonctionnement :

"On commence par y faire pénétrer, de bas en haut, de l'eau du réservoir d'eau pure, (déjà filtrée), et cela lentement jusqu'à ce qu'elle dépasse un peu la couche supérieure de sable fin et ait chassé l'air contenu dans les matériaux neufs. On ferme alors la conduite d'eau pure et on fait arriver l'eau brute, cette fois, à la surface du filtre, jusqu'à ce qu'elle atteigne la cote de un mètre au-dessus de cette surface. Les choses restent ainsi pendant au moins vingt-quatre heures, afin que les matières contenues dans l'eau puissent se déposer à la surface du sable, sous forme d'une membrane mince à pores très fins. Alors on ouvre peu à peu la communication avec le réservoir d'eau pure, et on laisse arriver lentement aussi l'eau à filtrer sur le filtre ; on opère ainsi avec la plus grande lenteur, afin de ne pas déchirer la membrane mince de la surface, qui est, comme nous le verrons tout à l'heure, la véritable partie filtrante. Au fur et à mesure du fonctionnement du filtre, cette membrane devient de plus en

plus épaisse par l'apport de nouveaux matériaux ; il faut, par conséquent, ouvrir de plus en plus les robinets d'arrivée et de sortie, et augmenter par suite la hauteur de l'eau au-dessus du sable fin, la seule règle à observer est d'avoir toujours une vitesse uniforme de 125 mm. par heure pour l'écoulement de l'eau filtrée. Dans un travail tout récent, R. Koch conseille même de ne pas dépasser la vitesse de 100 mm. ; si on augmente trop brusquement la pression, ou même sans à coups, lorsque au bout d'un certain temps, on est obligé, pour maintenir même la vitesse de 100 mm. d'avoir une trop grande épaisseur d'eau, il arrive que la membrane filtrante se rompt et alors l'eau filtrée est contaminée. Il convient, à ce moment, de procéder au nettoyage du filtre. Pour cela, on fait écouler l'eau qu'il contient par une conduite spéciale ; on enlève à la pelle la membrane vaseuse brunâtre qui recouvre la surface, ainsi que deux ou trois centimètres de sable fin ; et le filtre est remis en fonctionnement avec les mêmes



(N. Y. Filter Co.)

FIG. II.

Fig. II — Filtre mécanique (parois en bois). A, tuyau d'arrivée de l'eau B, tuyau de sortie de l'eau filtrée. V V, orifice des conduites de collection E E E.

précautions que la première fois. On peut enlever ainsi, par des nettoyages successifs, la moitié et même les deux tiers de la couche de sable fin avant d'avoir besoin de la renouveler entièrement. Quant au sable sali, on le soumet à des lavages fait à l'aide de tambours du système Piefke, pour le réemployer plus tard."

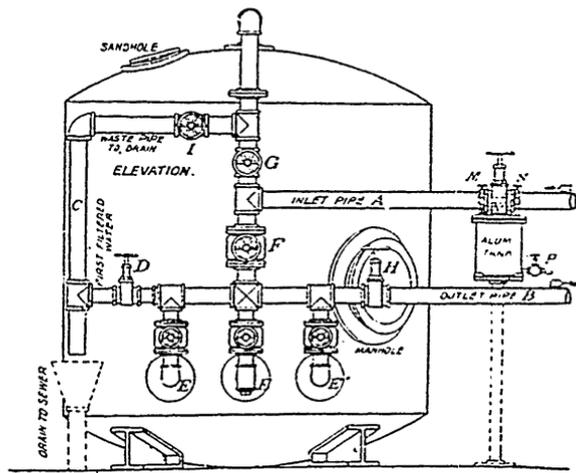
"Pour les filtres opérés d'après la théorie de la Station Expérimentale de l'État de Massachusetts, l'entretien est plus facile. Comme on n'attache ici aucune importance à avoir une couche de limon homogène SANS FISSURES, le raclage de la surface entière du filtre ne se fait pas tout à la fois. On procède par section et de manière à ce qu'il s'écoule deux mois entre deux raclages d'une même section. Les six heures pendant lesquelles le filtre ne travaille pas, chaque jour, suffisent pour permettre ces raclages successifs.

"B. AUTRES PROCÉDÉS POUR LA PURIFICATION DE L'EAU.—Quelques hydrologues, partisans de la première théorie—filtration par la couche bactérienne qui se dépose à la surface du sable—craignant, qu'entre des mains inexpérimentés

tées, l'entretien de ces filtres laisse à désirer, et l'on obtienne ainsi rarement une membrane bactérienne sans solution de continuité. condition essentielle de son efficacité, favorisent le remplacement de cette couche bactérienne par une couche minérale. Parmi les filtres de ce genre se trouvent le filtre Anderson, dans lequel la substance minérale employée est le fer, et le filtre dit filtre mécanique, dans lequel on emploie l'alun.

“ L'APPAREIL ANDERSON (voir deuxième rapport du Conseil, pages 26, 27) d'après Guinochet, serait le plus efficace.

Dans le cylindre, le fer venant en contact avec l'oxygène de l'eau, il se forme des sels ferreux solubles. À la sortie du cylindre, par la disposition en cascade du BASSIN D'AÉRATION, les sels ferreux solubles deviendraient des sels ferriques insolubles, sesquioxyde de fer à l'état gélatineux, qui agit à la fois comme oxydant de la matière organique morte ou vivante (bactéries), et aussi mécaniquement, en entraînant, par collage, les matières en suspension. Ce sont ce sesquioxyde de fer gélatineux et les matières organiques qu'il a agglutinées qui, en passant des bassins de décantation dans le FILTRE À SABLE, forment à la surface du sable la membrane filtrante, que le sable ne servirait qu'à supporter. Dans le procédé Anderson, la membrane filtrante est donc une couche consti-



(N. Y. Filter Co.)

FIG. 111.

Fig. 111.—Même filtre (parois en fer). On indique ici le réservoir d'alun (alun tank), greffé en M et N sur le tuyau d'arrivée de l'eau : Inlet pipe. Sand Hole : trou à sable. Manhole : regard. Drain to sewer : Drain aboutissant à l'égout. Inlet pipe : tuyau d'arrivée de l'eau. Outlet pipe : tuyau de sortie de l'eau filtrée.

tuée par l'oxyde de fer gélatineux et des matières insolubles mortes qu'il a agglutinées, les microbes ayant été détruits antérieurement, au moins pour la plus grande part.

“ Avec le procédé Anderson, la teneur en microbes immédiatement au sortir des filtres, aurait été réduite à 4 ou 6 microbes par centimètres cube d'eau

Le filtre connu sous le nom de FILTRE MÉCANIQUE (figure II et III) peut être classé au nombre de ceux pour lesquels on réclame l'avantage de remplacer la couche microbienne filtrante par une membrane en grande partie minérale. Dans le filtre mécanique, c'est l'alun (sulfate d'alumine) que l'on emploie à dose dépassant rarement $\frac{1}{2}$ grain pour un gallon d'eau. L'alun ferait dans ces filtres le même collage que fait le fer dans le procédé Anderson. D'après des expé-

riences faites à Providence " 92 à 99 pour cent et même plus des bactéries sont éliminées par la filtration mécanique avec emploi d'alun." (1)

" C. FILTRES DOMESTIQUES.—Le filtre " Chamberland-Pasteur " se compose essentiellement d'une bougie en porcelaine déglourdie à travers laquelle l'eau passe et se trouve purifiée. Le filtre Berkfeld a la même forme, mais la bougie est en terre d'infusoires. Cette terre d'infusoires est très fragile. Enfin dans le filtre Mallié, même forme encore, la bougie filtrante est en amiante dont on

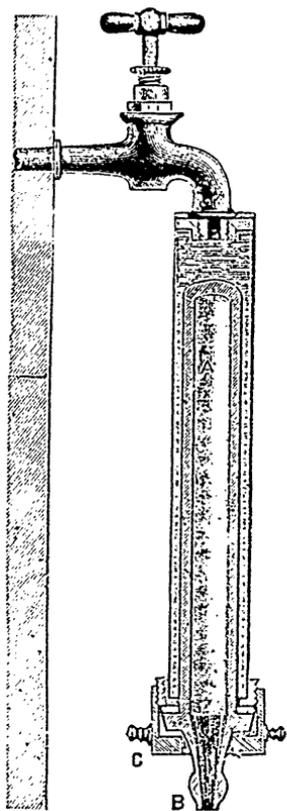


Fig. IV.—Filtre Chamberland-Pasteur sous pression. L'eau entourant la bougie pénètre dans son intérieur A, et sort purifiée à l'extrémité inférieure B

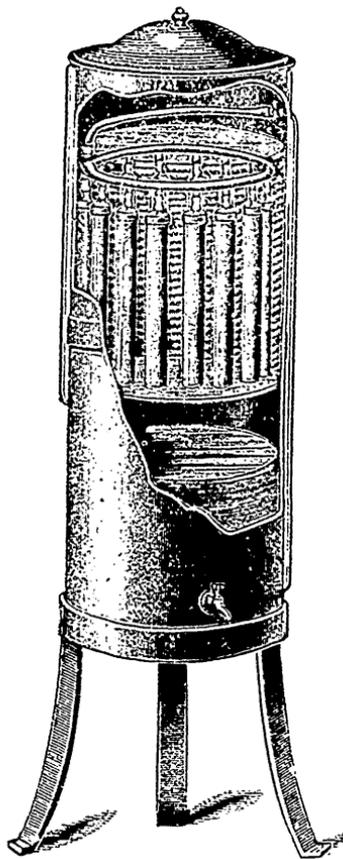


Fig. V.—Filtre Chamberland-Pasteur. Filtre de ménage sans pression. Dans le compartiment supérieur, les bougies reliées à un tube abducteur, plongent dans l'eau à filtrer. Le tube conduit l'eau filtrée dans le compartiment inférieur ou réservoir.

a fait par la cuisson une porcelaine poreuse. Les pores de la porcelaine d'amiante seraient plus petits que les pores de la porcelaine d'argile du filtre Chamberland-Pasteur.

" Ces filtres sont tous recommandables, mais nous ne pouvons pas dire jusqu'à quel point ils le sont également, car chacun d'eux a ses partisans parmi les hygiénistes. * Cependant le fait que le filtre Chamberland-Pasteur est celui que

(1) Hazen, dans " La Technologie Sanitaire," Bruxelles, 1895.

l'on emploie de préférence dans le service d'un laboratoire est un grand point en sa faveur.

"Quelque soit celui de ces trois filtres que l'on emploie, il faut le nettoyer régulièrement si on veut avoir une eau stérile, autrement, il arrive que l'on constate des bactéries dans l'eau, soit que les bactéries viennent à passer (ce que tous n'admettent pas), soit que les bactéries, qui se trouvent dans le limon qui colle à la surface de la porcelaine, peuvent proliférer de proche en proche à travers la porcelaine et arriver ainsi dans l'eau filtrée.

"Le nettoyage de la bougie peut se faire à l'aide d'une brosse (1) sous un courant d'eau, puis on la stérilise en la plongeant dans de l'eau bouillante dans laquelle on la laisse séjourner pendant trois ou quatre minutes. On peut également stériliser la bougie en la flambant au-dessus d'un bec de gaz ou de la lampe à alcool; mais si la bougie n'a pas été au préalable soigneusement séchée, ce flambage l'expose à se casser. S'il s'est produit des incrustations à la surface de la porcelaine, on plonge la bougie dans de l'acide chlorhydrique. Guinochet recommande pour la stérilisation de la bougie le lavage dans une solution de permanganate de potasse à 1/1000e. Il est bon de brosser le filtre tous les jours, et de le stériliser une fois par semaine.

"AUTRES FILTRES DOMESTIQUES.—Il faut se défier de la plupart des filtres que l'on trouve dans le commerce. La plupart du temps, l'eau qu'ils débitent est plus impure à la sortie qu'elle ne l'était à son entrée dans l'appareil. Les filtres contenant comme substance filtrante du charbon animal doivent être regardés comme suspects; le charbon, qui filtre très bien tout d'abord, s'imprègne bien vite des matières organiques qui étaient dans l'eau et devient dès lors un bon milieu de culture pour les microbes qui s'y développent de plus en plus, et qui, finissant par gagner toute l'épaisseur du charbon, arrivent enfin dans l'eau filtrée."—(GUINOCHET.)

"Woodhead et Cartwright Wood, après avoir examiné vingt-un différents filtres mis sur le marché de Londres, n'en ont trouvé que *trois* qui justifiaient la prétention de rendre l'eau stérile. Ces filtres sont le filtre Chamberland-Pasteur, le filtre Mallié et le filtre Berkefeld, ce dernier cependant moins que les deux autres; aucune bactérie n'avait traversé le filtre Chamberland-Pasteur ou le filtre Mallié pendant les quatre jours qu'ont duré les expériences pour chaque filtre, tandis que le filtre Berkefeld a été traversé après le 2ème jour. (2).

"CONCLUSIONS PRATIQUES AU SUJET DU FILTRAGE DES EAUX.—Avec un filtre Chamberland-Pasteur (et très probablement aussi avec un filtre Mallié), si le filtre est bien entretenu, on a une eau *débarrassée de tout microbe*. Il vaut donc mieux, même là où il se fait une filtration de toute la distribution municipale, se pourvoir chez soi d'un de ces filtres. La filtration centrale (municipale), ne rendant pas l'eau absolument stérile, le filtre domestique complète l'opération, et, en outre, il met à l'abri de toute fluctuosité qui peut survenir dans l'efficacité de la filtration centrale."

Parlant de la nécessité de l'hygiène dans les villes, le juge Brewer dit : "Si nous pouvons atteindre la demeure du pauvre, la rendre propre ou la remplacer par une demeure propre et meilleure, nous aurons fait beaucoup pour donner à la ville des vies propres : c'est d'une demeure nette que sort une vie sans tache."

(1) On trouve, dans le commerce, des filtres munis d'une brosse mécanique qui dispense de sortir la ou les bougies de leur enveloppe.

(2) The British Medical Journal, Nov. and Dec. 1894.

REVUE DE PEDIATRIE

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

Recherches sur la pathogénèse du rachitisme, par le Dr SMANIOTTO ETTONE, médecin de la Faculté de Padoue.—(Suite et fin.)

Je vais maintenant exposer les résultats des examens bactériologiques faits chez 22 enfants avec altérations osseuses rachitiques plus ou moins graves.

Dans presque tous les cas (19 cas), j'ai fait un examen histologique et confirmé le diagnostic de lésions rachitiques; pour être plus bref, j'omettrai l'exposition de ces examens.

On peut résumer les observations bactériologiques des os rachitiques de la façon suivante :

Chez les enfants qui ont souffert d'une gastro-entérite chronique grave, on trouve dans les épiphyses des os rachitiques un très grand nombre de bactéries; ce sont surtout les microbes qui habitent l'intestin : le plus constant est le colibacille avec ses variétés; puis viennent le bacille *d.* que j'ai trouvé surtout dans les altérations rachitiques plus graves, le streptocoque, le pyocyanique, le staphylocoque et plusieurs autres cocci. Il s'agit toujours d'une association microbienne. Le bacille *d.* se différencie très difficilement soit sur les plaques de gélatine, soit sur les tubes d'agar incliné, du *bacterium coli* commune, et il se peut bien que dans certains cas sa présence m'ait échappé.

Dans le rachitisme de gravité moyenne, toujours due à une gastro-entérite chronique, le nombre des bactéries qui ont envahi les épiphyses est moindre: les espèces microbiennes sont souvent moins nombreuses.

Chez les enfants morts à la suite de lésions chroniques des organes de la respiration et présentant du rachitisme (toujours peu intense) j'ai trouvé le streptocoque quatre fois et dans un cas de pleurésie purulente à pneumocoque, ce même microbe.

Dans tous les cas où les lésions rachitiques étaient graves et où la diaphyse des côtes se montrait aussi lésée, j'ai trouvé dans cette diaphyse des colonies discrètes des mêmes bactéries qui se trouvaient en grand nombre dans l'épiphyse.

Dans les cas de rachitisme léger où les lésions étaient bien appréciables aux épiphyses, mais très peu ou pas du tout aux diaphyses, j'ai trouvé dans ces dernières des colonies rares, ou même les cultures sont restées complètement stériles.

Il n'est guère possible d'interpréter les faits qui précèdent en admettant une invasion des os, pendant l'état agonique ou après la mort, par les bactéries intestinales; les résultats des examens bactériologiques des os non rachitiques de ces microbes là où sont les lésions caractéristiques du rachitisme, et surtout notre première observation, où l'os rachitique a été ponctionné pendant la vie de l'enfant, s'opposent à une telle interprétation.

Pour ce qui concerne le streptocoque, nous avons vu que sa présence n'est pas rare chez des enfants qui ne présentent aucune lésion rachitique; mais je ferai remarquer que dans ces cas, la mort avait été causée par une angine diphtérique septique, qu'il y avait là une vraie streptococcie.

Chez les enfants tuberculeux et rachitiques, avec des broncho-pneumonies à répétition où j'ai trouvé le streptocoque dans les os, ce microbe avait-il franchi le poumon et les bronches pour pénétrer dans la circulation sanguine et de là

dans les organes, seulement dans les derniers jours de la vie? On ne peut répondre sûrement à cette question; mais puisque dans nos observations la maladie des organes de la respiration datait de plusieurs mois, et que souvent elle avait été accompagnée de hautes températures, je crois à la possibilité d'infections répétées à streptocoques ayant pu provoquer des localisations osseuses, des lésions rachitiques: la présence dans l'un de ces cas, examiné histologiquement, de grands amas de streptocoques dans le tissu chondroïde et ostéoïde et dans le périoste, et leur absence dans le tissu osseux normal, plaident en faveur de cette hypothèse.

La même explication s'applique au cas de pleurésie purulente à pneumocoque.

Dans deux observations, avec graves déformations rachitiques, nous avons, dans l'une, obtenu de rares colonies du coli-bacille. et dans l'autre la culture est restée stérile; mais dans les deux cas, il s'agissait d'enfants déjà d'un certain âge, $3\frac{1}{2}$ à 4 ans, et les os, surtout les humérus et les tibias, s'étaient fortement calcifiés (sclérose rachitique); le processus rachitique était donc éteint. Ces deux observations ne sont pas faites pour miner la théorie infectieuse du rachitisme; elles nous semblent, au contraire, venir à l'appui de cette théorie.

Ces bactéries qui se trouvent dans les os rachitiques, sont-elles la cause du rachitisme? Je crois qu'il serait bien difficile d'admettre que de nombreuses bactéries plus ou moins pathogènes, pussent ainsi s'accumuler dans un organe sans l'altérer.

Les bactéries une fois arrivées au niveau du cartilage de conjugaison y produisent un état inflammatoire, et on comprend facilement alors les troubles consécutifs dans la formation des espaces médullaires et dans l'ossification. On peut expliquer de même les troubles de l'ossification sous-périostée par l'arrivée des bactéries dans le périoste et dans la couche ostéogène d'Ollier.

Aujourd'hui, avec M. Kassowitz, on tend à admettre que la décalcification de l'os dans les altérations rachitiques est due à l'hyperhémie; en effet, dit-on, l'hyperhémie qui succède à la section des nerfs osseux et à l'ostéite par intoxication phosphorée, engendre la décalcification. Mais il ne faut pas oublier que dans les fractures portant sur le tissu hyperhémisé du cal se déposent les sels calcaires, et que dans l'ostéochondrite syphilitique se forme de l'os qui se calcifie malgré l'inflammation sous-chondrale. Je crois que la décalcification est due à plusieurs facteurs: à l'hyperhémie, à l'état inflammatoire de l'os, et à la formation d'acides sur place. Nous avons trouvé dans les os rachitiques plusieurs microbes, et presque tous, soit comme aérobies, soit comme anaérobies, décomposent la glycose, donnant entre autres produits, des acides: le coli-bacille, par exemple, donne de l'acide lactique, acide carbonique, acide acétique; le bacille *d* donne des acides volatils. Ces bacilles, soit qu'ils se trouvent dans le courant sanguin ou dans les tissus osseux, trouvent toujours de la glycose à décomposer, et les acides qui se forment, à l'état naissant se combinent avec les sels calcaires déposés dans l'os et les dissoudraient formant des composés nouveaux, solubles; en même temps ils formeraient autour d'eux un milieu peu favorable à la formation des sels calcaires insolubles qui entrent dans la composition du tissu osseux. Si dans un gros tube contenant du bouillon glycosé on introduit un os, un fémur de cobaye par exemple, et, après stérilisation, on y ensemece le coli-bacille ou le bacille *d*, et si on met le tube à l'étuve à 37° , après plusieurs jours (10-20), on trouve l'os décalcifié; cette décalcification a lieu plus rapidement là où a été ensemeccé le bacterium coli.

C'est à cause de l'action fermentative, peut-être, que là où est présent le coli-bacille, le *b. d.*, etc., les lésions rachitiques sont plus graves et les os plus ramollis, que dans les points où l'on trouve le seul pneumocoque ou streptocoque.

On s'explique ainsi les différentes opinions des auteurs dont les uns affir-

mont la présence de l'acide lactique dans les os et dans les urines des rachitiques, tandis que les autres la nient.

Dans plusieurs de nos observations (II, III, etc.), nous avons trouvé dans les os parmi les autres bactéries, un grand nombre de coli-bacilles; il est probable que dans ces cas, une analyse chimique bien conduite aurait permis de constater la présence de l'acide lactique dans les os, tandis qu'on l'aurait recherchée en vain dans les cas où il y avait le seul streptocoque ou pneumocoque.

Cette théorie qui considérerait le rachitisme comme une infection générale de l'organisme avec localisations prédominantes dans les os, s'accorde avec la clinique. M. Henoch dit: "Chez un très petit nombre d'enfants avec lésions peu remarquables des os, j'ai trouvé l'état général de l'enfant satisfaisant, mais chez les plus atteints, la pâleur, la maigreur, la flaccidité de la peau et des muscles, la tuméfaction des ganglions du cou, de la nuque, des régions inguinales et axillaires, révélaient une maladie profonde de tout l'organisme; dans certains cas, sur la peau pâle j'ai observé des taches de purpura, ou les symptômes de la maladie de Barlow."

Dans les coupes faites avec la squame d'un os occipital présentant du cranio-tabes, j'ai pu constater de rares bacilles et des streptocoques: la présence de bactéries dans les os du crâne peut donner une explication, en dehors de leurs lésions rachitiques, du léger degré d'hydrocéphalie qu'on constate chez un certain nombre de rachitiques: elle serait due à une irritation propagée aux méninges et à l'écorce cérébrale; par cette irritation même on pourrait peut-être expliquer certains accidents nerveux qu'on observe chez les rachitiques, comme le prétend M. Kassowitz.

Mais, je dois bien le dire, je ne prétends pas attribuer tous les phénomènes nerveux des rachitiques au rachitisme crânien. Pendant deux ans j'ai fréquenté à Paris les services de MM. Grancher, J. Simon, Comby, et j'ai vu beaucoup d'enfants avec altérations rachitiques du crâne, mais je n'ai jamais vu un seul cas ni de tétanie, ni de spasme de la glotte, tandis que depuis deux mois que je suis à Berlin.—et je ne vois pas ici dans la clinique de M. Heubner un si grand nombre d'enfants qu'à Paris—j'ai déjà rencontré trois cas de spasme de la glotte. J'ai vu à Padoue plusieurs cas de tétanie dans le cours d'une seule année, dans la Clinique infantile de mon maître, M. Cervesato. Il y a dans l'étiologie de ces affections quelque autre facteur qui nous échappe.

Avec la théorie infectieuse, on peut expliquer facilement le cas de rachitisme foetal dont plusieurs auteurs admettent l'existence; parmi ceux-ci, M. Henoch, qui en aurait vu deux cas, dont un, étudié à l'autopsie, aurait présenté des lésions osseuses tout à fait semblables à celles du rachitisme. Les recherches de ces dernières années ont bien démontré que le placenta n'offre pas un obstacle infranchissable aux bactéries, et que celles-ci ayant une fois pénétré dans la décidue à travers le placenta arrivent au fœtus (syphilis, variole, rougeole, charbon, bacille typhique, pneumocoque, streptocoque, bacille de la tuberculose). M. Galippe ensemençant les tissus d'enfants mort-nés par suite d'accidents obstétricaux, même quand ils avaient l'aspect normal, obtint souvent des cultures. A ce propos, je citerai une observation que je crois n'être pas sans intérêt: un enfant né avant terme (8 mois) est mort quelques heures après la naissance: j'ai pu savoir que la mère était malade depuis quelques jours. Le cadavre présentait un ictère intense, le foie était tuméfié. Je fis l'autopsie 24 heures après la mort, j'ensemenciai le foie, la rate, les os; ces derniers ne présentaient aucune lésion appréciable à l'œil nu; les ensemencements donnèrent: avec le foie, de rares colonies de bacterium coli, avec la rate, les cultures furent stériles; avec les épiphyses des os, il se développa des colonies très nombreuses de bacterium coli; avec la diaphyse, de rares colonies de coli-bacilles.

Il est vraisemblable que la mère avait fait une infection à bacterium coli qui s'était transmise au fœtus, d'où l'accouchement prématuré, l'ictère infectieux de l'enfant, et la localisation du coli-bacille dans les os: si l'infection avait été

moins intense, si elle n'avait provoqué ni l'accouchement avant terme, ni la mort du fœtus, n'est-il pas vraisemblable que cet enfant aurait pu présenter à la naissance des lésions rachitiques des os ?

On a décrit un rachitisme aigu qui serait accompagné de fièvre : pour M. Henoch, et d'autres auteurs encore (Friedleben et Fürst, Marfan, Filatow), il y aurait là toujours des complications, surtout du côté de l'appareil respiratoire. Par mes observations cliniques et par les examens bactériologiques des observations XVI et XVIII, je suis porté à croire que les maladies de l'appareil respiratoire, broncho-pneumonie à répétition, pleurésie purulente, etc., sont les maladies primitives, et que les microbes qui en sont la cause (streptocoque, pneumocoque), passeraient fréquemment dans la circulation générale et que, se localisant dans les os, ils provoqueraient les lésions rachitiques.

Je n'ai pas encore étudié un cas de maladie de Barlow, mais de la description qu'en donnent les auteurs, il me semble qu'on pourrait la considérer comme une infection générale de l'organisme, le plus souvent d'origine intestinale, provoquée par des bactéries virulentes avec localisations prédominantes dans les os et dans le périoste.

Conclusions.

Les observations qui précèdent ne sont pas assez nombreuses pour permettre d'affirmer que le rachitisme est toujours d'origine infectieuse. Mais, en tous cas, les bactéries doivent jouer un rôle prépondérant dans la genèse de cette maladie. Celle-ci paraît due, le plus souvent, à une localisation prédominante dans les os, de toutes les infections ou auto-infections dont les enfants mal nourris, mal soignés, sont fréquemment atteints, dans les premiers temps de la vie, surtout s'ils sont congénitalement débilités.

Il est possible que des toxines soient la cause d'altérations rachitiques ; mais le plus souvent, sinon toujours, les bactéries interviendraient pour aggraver un rachitisme au début, ou bien, à elles seules, suffiraient à produire un rachitisme plus ou moins grave.

Je suis heureux de pouvoir remercier M. le professeur Grancher, qui nous a permis de travailler dans sa clinique et dans son laboratoire où ces recherches ont été faites. Je dois à M. le Dr Ledoux-Lebard, chef du laboratoire, une spéciale reconnaissance, pour l'intérêt qu'il a toujours pris à nos recherches et pour les excellents conseils qu'il nous a toujours prodigués.

Revue des Maladies de l'Enfance, (avril 1897).

Intoxication saturnine mortelle par la pommade d'Hébra.—On ne pense peut-être pas toujours assez à s'enquérir des traitements antérieurement subis par les malades et à la possibilité d'intoxication par les pommades. Sous ce double rapport le fait rapporté par M. HAHN à la Société de médecine de Prague est plein d'enseignement.

Il s'agissait d'un enfant qui, atteint d'eczéma de la tête, puis du corps, fut traité longtemps dans diverses cliniques avec la pommade d'Hébra. Il survint des convulsions généralisées ; la peau prit une teinte gris pâle, les gencives présentèrent un liseré noirâtre ; le réflexe patellaire était exagéré. L'enfant ne tarda pas à succomber.

En présence de ces accidents, le diagnostic d'intoxication saturnine avait été porté. Il fut confirmé par l'examen du cadavre et notamment par l'analyse chimique des urines.

(*L'Abeille Médicale.*)

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste. Professeur d'anesthésie et chirurgie au collège dentaire de la Province de Québec.

Adressez ce qui concerne ce département à : Dr EUDORE DUBEAU, 391 rue St-Denis, Montréal.

CHIRURGIE DENTAIRE.

Par le Dr EUDORE BORDEAU, chirurgien dentiste, Montréal.

Nous sommes heureux de rapporter à la profession médicale deux opérations de petite chirurgie, qui, croyons-nous, ont été pratiquées pour la première fois, il y a quelques mois, par un dentiste des Etats-Unis dont le nom nous échappe à regret, car ces petites opérations sont appelées à éviter beaucoup d'ennuis aux dentistes et à leurs patients. Il s'agit 1o des personnes chez qui les alvéoles sont trop résorbées ; il existe alors des gencives très épaisses et très molles, qui font, qu'il est très difficile d'obtenir une impression exacte ; le dentier ajusté dans une telle bouche ne peut que très rarement donner satisfaction, à cause de l'état mobile des gencives. 2o le second cas est celui où les alvéoles après s'être resorbées se terminent en un bord mince, protubérant, et qui projette les lèvres en avant. Une impression de cette bouche n'est pas absolument difficile à prendre et le dentier qui en résulte n'a pas les désavantages de la mobilité, mais par contre il gêne l'apparence de la personne, en produisant ce qu'on appelle une bouche pointue. Les opérations dans ces deux cas, consistent pour le premier, à couper à l'aide d'une paire de ciseaux le surplus des gencives ; ces dernières guérissent promptement et laissent une surface propre au bon ajustement d'un dentier. Dans le second cas, à l'aide d'une pince coupante on enlève le bord mince des alvéoles, de manière à laisser un bord rond et épais. Comme dans le premier cas, le tout guérit aisément, et donne à la personne une apparence tout autre que celle qu'elle avait d'abord. Dans ce second cas il est préférable d'inciser la gencive et de la décoller avant de couper l'alvéole, autrement il pourrait y avoir un retrait trop considérable des gencives, et alors le maxillaire serait à découvert. On demandera peut-être la cause de ces difformités, car ce sont de réelles difformités pour les personnes chez qui ces deux états existent. Pour le premier cas, c'est-à-dire où il y a une masse de gencives molles, cela peut-être causé 1o par des extractions de dents mal faites où des morceaux d'alvéoles sont brisés et arrachés 2o par des morceaux d'alvéoles qui étant ossifiés avec les racines des dents, viennent avec les dents, et laissent alors un vide, qui est remplacé par des tissus mous 3o par le fait de porter un dentier complet à la mâchoire supérieure, lorsque la ma-

choire inférieure ne contient pas de dents postérieures; alors la pression se faisant constamment sur les dents antérieures, les alvéoles se résorbent et laissent une masse de gencives; 4o les dentiers en caoutchouc entretiennent beaucoup de chaleur sur les maxillaires ce qui amène la résorption des alvéoles, c'est pourquoi les dentiers métalliques sont de beaucoup supérieurs, car ils sont minces, ne cassent pas, n'ont ni odeur ni goût, et adhèrent mieux. Maintenant que nous pouvons faire des dentiers en aluminium à des prix relativement peu élevé, il n'y a pas d'excuses pour porter des dentiers en caoutchouc. Les difformités du second cas ne peuvent pas être prévues, parce qu'elles sont naturelles; elles existent chez les personnes qui avaient les dents percées obliquement, et qui les ont fait extraire depuis quelques mois ou plus. En pratiquant ces petites opérations, faciles et simples, le dentiste s'évitera beaucoup de trouble, et ses patients lui seront très reconnaissants.

LA NÉURALGIE DENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Par le Dr Eudore DUBEAU, chirurgien-dentiste, Montreal.

La néuralgie dentaire qui se rencontre chez les femmes enceintes est une chose qui nous embarrasse assez souvent, car il ne se passe pas une semaine sans que nous ayons à examiner de ces cas, et très souvent l'examen attentif de toutes les dents ne décèle aucune cavité. Alors d'où vient la cause et quoi faire? Dans ces cas, la douleur est un symptôme de pure néuralgie ou de trouble fonctionnel ou réflexe, et il faut alors diriger le traitement en conséquence, c'est-à-dire ne pas extraire six dents pour faire disparaître le mal, comme cela est arrivé récemment; cette pauvre femme découragée de perdre toutes ses dents sans soulagement, vint me consulter et j'ai réussi à faire disparaître le mal après 5 injections dans les gencives, de quelques gouttes de la solution d'Edinbourg de bi-méconate de morphine; ces injections ont été pratiquées à trois jours d'intervalle entre chacune, et elle n'a pas souffert depuis le jour où la dernière injection a été faite, il y a au-delà de deux mois. Lorsque cette néuralgie est causée par des dents cariées, le traitement est simple, les nettoyer et les obturer. Si la personne est incapable de payer pour cet ouvrage et qu'elle désire les faire enlever, je n'hésite pas à les extraire si elle est enceinte de plus de deux mois, car je crois que laisser souffrir une personne pendant des mois est plus propre à lui causer du tort, ainsi qu'à l'enfant, que la simple extraction d'une dent; mais, autant que possible, je leur fais des injections de cocaïne autour de la dent malade pour éviter le choc nerveux, et cela cause si peu de douleur qu'il n'y a jamais d'accidents. J'ai eu connaissance de deux fausses couches amenées par des extractions sans injections chez des femmes enceintes de moins de deux mois, mais je n'avais pas été averti de leur état. Il ne faut pas perdre de vue que la grossesse prédispose à la carie, car la dyspepsie acide existant dans la plupart des cas, les dents sont alors attaquées par les sécrétions buccales. Si on ajoute à cela le besoin de sels de chaux et de phosphates que nécessite le développement du fœtus, on n'a pas lieu d'être étonné qu'une jeune femme, ayant toujours eu de bonnes dents avant son mariage, les voient devenir toutes cariées après

quelques grossesses, et c'est ce qui a fait naître le dicton "chaque enfant coûte à sa mère une dent." Pour empêcher les désordres causés aux dents par la grossesse, il faut prescrire à la mère des médicaments contenant des sels de chaux et phosphates, et des lavages buccaux journaliers antiseptiques et autacides v.g. thymol et bicarbonate de soude. Enfin, je suis d'avis qu'il ne faut pas fatiguer une femme dans cet état en lui faisant subir des opérations longues, telles que des obturations en or, mais alors ne faire que des obturations temporaires, et différer les permanentes jusqu'après la grossesse.

J. BOUGLÉ.—**Le Premier Livre de Médecine.**—Manuel de propédeutique, pour le stage hospitalier, par J. BOUGLÉ, prosecteur de la Faculté de médecine, et A. CAVASSE, interne des hôpitaux de Paris. *Le Premier Livre de Médecine* comprend : 1° **Partie Médicale**, 1 vol. in-18, jésus, 5 fr. ; 2° **Partie Chirurgicale**, 1 vol. in-18, jésus, 5 fr. Les deux parties, ensemble 978 pages, réunies en un volume, avec reliure d'amateur, peau pleine souple, tête dorée 12 fr.

La Faculté de Médecine a inscrit au programme de sa première année un cours de *Propédeutique*; au programme de sa deuxième et de la troisième année, un *Stage hospitalier*.

La Propédeutique enseigne l'art d'examiner le malade et de porter un diagnostic. L'Hôpital est la merveilleuse école d'application de ce qu'ont appris les livres et les cours. Aujourd'hui, l'étudiant fait un stage régulier, dans un service fait pour lui, où l'enseignement y est organisé.

Ce livre a pour but d'aider l'élève à suivre un chef très occupé et qui doit satisfaire à la fois, chez des auditeurs inégalement instruits, un égal désir de savoir. Les auteurs ont voulu faire un livre d'hôpital, celui qu'on emporte dans sa poche, et qu'on lit en attendant le chef, à côté du malade, et en s'exerçant à l'examiner. Les hôpitaux ont des salles de *médecine* et des salles de *chirurgie*; on a donc fait un tome de médecine et un tome de chirurgie.

Dans le Livre de Médecine, on étudie les symptômes, et on part des symptômes pour arriver à la maladie : ceux dont se plaint d'abord le malade, ont les *signes fonctionnels*. Les auteurs en donnent d'abord l'interprétation. D'autres signes ne sont révélés qu'après mise en œuvre de nos *moyens d'exploration* : ce sont les *signes physiques*. Moyens d'exploration et signes physiques doivent être étudiés ensemble.

Dans le Livre de Chirurgie, on a passé successivement en revue les différentes régions du corps. Une large part a été faite à l'exploration de l'oreille, de l'œil et du nez.

Chaque chapitre comprend : 1° le résumé des notions anatomiques indispensables pour établir un diagnostic en chirurgie; 2° la disposition de la région telle qu'elle s'offre à la vue et au palper; 3° la description succincte des affections qu'on y rencontre le plus fréquemment.

En médecine, partir du symptôme pour arriver à la maladie, étudier le symptôme fonctionnel d'abord, examiner ensuite le malade et connaître alors ses signes physiques; en chirurgie s'appuyer sur l'anatomie normale pour reconnaître la lésion et grouper les symptômes anormaux en une formule précise, cela est proprement ce que l'on fait tous les jours au lit du malade. Et telle a bien été la pensée commune des auteurs, de tout ramener à la clinique.

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

FORMULAIRE

Asthme

Extrait de stramoine.....	}	ââ 2 gains.
Valérianate de zinc.....		
Pour une pilule : n° 20.		
Une pilule matin et soir.		FERRAND.

Contractions tétaniques de l'utérus pendant l'accouchement.

Teinture d'iode.....	20 gouttes.
Alcool	40 gouttes.

A prendre V gouttes toutes les demi heures dans un demi verre d'eau tiède. (Dans la plupart des cas, le tétanos cesse dès la 2e ou au plus tard dès la 3e dose ; en cas de nécessité on donnera une 4e ou même une 5e dose. Plus tôt est institué ce traitement, plus rapidement survient l'effet désiré.)

P. MUELLER.

Mélange pour tarir la sécrétion lactée.

Sulfate d'atropine.....	1/20 grain.
Sulfate de magnésie.....	3 onces.
Infusion de gentiane.....	6 onces.

F. S. A —A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

M. BLOOM.

Dyspepsie par atonie gastrique.

Teinture de noix vomique.....	2 drachmes
Résorcine.....	8 gouttes.

F. S. A.—A prendre : 5 à 10 gouttes 3 fois par jour.

M. C. SCHWERDT.

Brûlures.

Après avoir nettoyé soigneusement les régions atteintes, avoir ouvert antiseptiquement les bulles, on fait un lavage avec une solution faible de permanganate de potasse, qui a la propriété de favoriser le bourgeonnement, puis on applique une des pommades formulées ci-dessous :

1. Acétanilide.....	}	ââ 1/2 once.
Oxyde de zinc.....		
Vaseline.....		
2. Acétanilide.....	}	ââ 1/2 once.
Iodoforme.....		
Acide borique.....		
Oxyde de zinc.....		
Vaseline. q. s. p. 6 onces.		

Un pansement ouaté est ensuite pratiqué tous les jours.

Pour masquer l'odeur presque insupportable que dégagent souvent les brûlures au moment de la chute des eschares, on ajoute à la solution de permanganate du bioxyde d'hydrogène. Dès que la dessiccation des plaies commence on remplace les pommades par des poudres, soit d'acétanilide, soit d'acide borique. En cas de frissons multiples et violents, on administrera largement l'alcool.

M. Pollak administre en même temps des petites doses de quinine et de fer quatre fois par jour, et s'il y a dépression générale avec retentissement sur le cœur, la digitale et la strychnine ; contre le délire, l'hydrobromate de hyoscéine par doses de 6/10 de milligramme (1/120 gr.), ou les bromures à fortes doses.

POLLAK.

Epistaxis à répétition.

Le *Wiener Mediziuische Blatter*, recommande la mixture suivante dans les épistaxis récurrentes à répétition :

R. Antipyrine	7½ grains.
Tannin.....	15 grains.
Sucre pulvérisé.....	3 drachmes.

Sig : Prendre dans un peu d'eau, plus ou moins souvent, suivant le cas. On assure que l'hémorragie cesse d'une manière définitive avant le troisième jour.

Antisepsie intestinale.

Naphtol.....	45 grains.
Chloroforme.....	½ once.
Huile de ricin	3 onces.
Essence de menthe poivrée.....	1 drachme.

À prendre par cuillerées à café dans du vin ou dans de la bière.

MOUV. THÉR. ET MÉD.

Anticholérique

Résorcine médicinale	30 grains.
Acide chlorhydrique médicinal.....	} àâ 24 gouttes.
Laudanum de Sydenham.....	
Infusion de camomille.....	4 onces.
Sirop d'écorces d'oranges amères	4 drachmes.

Mélez.

À prendre une cuillère à soupe toutes les 2 ou 3 heures.

SONNENBERGER.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTRÉAL, JUIN 1897.

Nos abonnés sont priés de nous donner avis de leur changement d'adresse.

BULLETIN MÉDICAL

LA CALVITIE VULGAIRE.

Dans un article publié dans le *Progrès Médical* (1er mai 1897), le Dr Paul Raymond s'élève contre la théorie microbienne de la calvitie telle que formulée par le Dr Sabouraud (voir le dernier Bulletin). Il tient à mettre complètement à part la calvitie des arthritiques, et n'accepte le microbe que pour la séborrhée. Pour lui, la forme vulgaire de la calvitie est due à l'arthritisme, et non à la séborrhée, comme on peut s'en rendre compte par les caractères suivants :

1° La calvitie arthritique se montre toujours à la même époque, c'est-à-dire vers la vingt-cinquième année ; car ce qui caractérise l'arthritisme, c'est que ses manifestations arrivent à heure fixe (épistaxis à douze ans, migraines à vingt ans, calvitie à vingt-cinq, manifestations articulaires à trente, néphrite à quarante-cinq) ;

2° On retrouve facilement chez les chauves par arthritisme les stigmates de la maladie, ou quelques uns d'entre eux (épistaxis, migraines, varices, hémorroïdes, hernies, varicocèle, troubles trophiques des ongles, rhumatisme déformant, artério-sclérose, néphrite, etc.) ;

3° La calvitie arthritique siège au vertex, du front au sinciput, et non sur les tempes (voir la tête d'Hippocrate). La calvitie séborrhéique dégarnit les tempes ;

4° Ce que l'on voit chez ces sujets arthritiques, c'est une sueur profuse, avec chaleur du cuir chevelu qui leur fait toujours tenir le chapeau à la main tout chauves qu'ils sont, mais pas de séborrhée ;

5° La calvitie des arthritiques ne peut pas se changer en pelade.

6° Dans la famille d'un chauve arthritique, il n'est pas rare de voir plusieurs chauves, si bien que cette phrase est banale : " On perd ses chevaux de bonne heure, dans ma famille." Chez les séborrhéiques, il n'en est pas ainsi, et

non moins communément entendue est la phrase que voici : "C'est d'autant plus extraordinaire de me voir chauve, que dans ma famille, à l'âge le plus avancé, tous nos parents conservent leurs cheveux." L'arthritisme est héréditaire.

7° La calvitie séborrhéique, outre son siège différent, a des poussées aiguës et des mouvements d'arrêt ; la calvitie arthritique progresse lentement, mais d'une manière continue.

8° Le traitement soufré agit contre la calvitie séborrhéique ; la calvitie arthritique ne se traite pas.

LE PROGRÈS DES RAYONS X.

Les applications des rayons X deviennent de plus en plus nombreuses, et se tournent maintenant du côté de la médecine et de l'anatomie. C'est ainsi qu'on a pu, à l'aide du fluoroscope, étudier par transparence les mouvements du cœur, du poumon, du diaphragme, et constater la position respective de ces différents organes à l'état sain et à l'état pathologique. Certains anatomistes, en infiltrant les tissus de chromate d'argent, ont pu étudier les tendons et les muscles du bras et de la main. On a pu aussi, en graduant la densité des rayons X, examiner des tissus moins opaques que les os. Enfin, il est prouvé que l'action des rayons X, dans certains cas, et sans que l'on sache au juste pourquoi provoque une inflammation de la peau et même de la dépilation.

INSUFFISANCE DE LA VALVULE TRICUSPIDE D'ORIGINE RHUMATISMALE.

Le Dr Chauffard rapporte dans le *Bulletin Médical*, (16 mai), un cas de lésion valvulaire du cœur ou la lésion, provoquée par le rhumatisme, s'est localisée, chose très rare, au côté droit du cœur (valvule tricuspide). Il s'agit d'un homme de 48 ans, robuste, qui a eu deux attaques de rhumatisme, la première à 23 ans, la seconde à 33. Les palpitations et la dyspnée se sont montrées six mois après la première attaque ; après la seconde, les symptômes se sont aggravés (palpitations, essoufflement rapide, œdème après la moindre fatigue).

A l'examen, le cœur n'est pas hypertrophié, et le souffle rude, raupeux, systolique, a son foyer maximum à la pointe xiphoïde, ne s'accompagne d'aucun frémissement cataire et ne se propage pas dans le dos. Il est difficile de songer à autre chose qu'à la valvule tricuspide. L'estomac et le foie n'étant pas malades, l'insuffisance est donc bien rhumatismale, et non pas réflexe.

La compensation est encore bonne ; pas d'œdème, pas de congestion pulmonaire, pas d'albuminurie. Le foie donne un pouls hépatique retardant caractérisé, mais il n'y a ni sucre ni urobiline dans les urines.

L'OPÉRATION DU MAL DE POTT

Les membres de la Société de Chirurgie de Paris ont discuté l'autre jour (séance du 12 mai) la valeur de l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr Calot, dans les cas de gibbosité (1). Le Dr Ménard a renouvelé à ce sujet

(1) Voir l'Union Médicale du Canada, 1897, page 114.

la communication qu'il avait faite la veille à l'Académie de Médecine : l'auteur a constaté que dans certains cas opérés par lui, les vertèbres, une fois redressées, laissent entre elles une caverne qui mesure de 3 à 4 pouces, et que traverse la moëlle intacte. Quelle sera l'avenir de cette perte de substance osseuse, et constitue-t-elle un danger? C'est ce qu'il est impossible de dire à l'heure actuelle. Peut-être la réparation des os pourra-t-elle se faire. Le Dr Brun, en expérimentant sur le cadavre d'un petit bossu, a constaté de même que le redressement forcé de la colonne vertébrale laissait une perte de substance entre les vertèbres cariées; cela ne l'a pas empêché d'opérer avec confiance deux petits malades. Les Drs Michaux, Poirier et Broca sont aussi tout à fait en faveur de la méthode de traitement, qu'ils ont employée avec des résultats satisfaisants. Ils ne croient pas que l'opération offre des dangers sérieux.

LE RÔLE PHYSIOLOGIQUE DES LEUCOCYTES.

A la séance du 22 février de l'Académie des Sciences, le Dr Rancier est revenu sur ce sujet important. (1) La phagocytose, dit le Dr Ranvier, ne saurait être attribuée aux seules cellules lymphatiques, puisque toutes les cellules de l'organisme, quelles qu'elles soient, peuvent manger, se nourrir et même, dans certaines conditions, absorber des particules solides. Il faut remarquer d'autre part que les cellules lymphatiques appartiennent essentiellement au système vasculaire et, comme telles, doivent concourir à la nutrition des organes. Un fait bien connu, c'est que la stimulation du fonctionnement d'une glande par une cause d'irritation, quelle qu'elle soit, provoque un apport plus considérable de cellules lymphatiques vers cette glande, dont la sécrétion en contient alors un plus grand nombre : telles sont les glandes salivaires. De même une perte de substance ou l'irritation d'un tissu amènent vers la partie lésée une migration plus considérable de leucocytes qui se fixent, se transforment et contribuent ainsi à la réparation des tissus. Le Dr Ranvier a prouvé cette action par des expériences sur la cornée du lapin. Il affirme comme conclusion que si les leucocytes absorbent ces particules alimentaires, c'est sans doute pour se nourrir, mais qu'ils peuvent aussi les abandonner après les avoir transportées plus ou moins loin. Et elles vont dans toutes les parties du corps que les vaisseaux sanguins ne sauraient atteindre, comme par exemple la cornée.

M. Molson, président de la banque Molson, décédé dernièrement à Montréal, a légué à l'Université McGill, la jolie somme de \$100,000. Il ne laisse que \$10,000 à sa veuve parce que, dit-il, dans son testament, elle possède par elle-même une fortune qui lui suffit. M. Molson a aussi consacré \$30,000 à l'érection d'un four crématoire.

(1) Voir l'Union Médicale du Canada, 1897, page 214.

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes de M. L. A. LAMARCHE, M. D., interne-en-chef

Le Dr Derome, mon prédécesseur, vient de résigner la position d'interne-en-chef de l'Hôpital Notre-Dame. Après avoir rempli cette charge quinze mois durant et avoir tenus les lecteurs de *l'Union Médicale* au courant des opérations de l'Hôpital, le Dr Derome me lègue sa succession. Je l'accepte avec une certaine crainte, sachant d'avance quel lourd fardeau je dois porter sur mes faibles épaules. C'est pourquoi je demande, avant de commencer, l'indulgence des lecteurs de *l'Union Médicale*, que je tiendrai, comme par le passé, au courant des gestes et faits du département médical dans un courrier mensuel.

Mai a été un mois de besogne. Cent quarante-neuf malades ont été admis, et cent cinquante-six congédiés. Sur ce nombre, quatre-vingt-seize restaient à l'Hôpital le 1er juin.

Les morts se classent comme suit : une, de pelvi-mérite suppurée ; deux, de pneumonie ; une, de congestion pulmonaire ; une, de fièvre typhoïde ; deux, de cancer ; une par intoxication avec vert-de-Paris et enfin une d'hémorrhagie cérébrale.

L'ambulance a répondu à 74 appels, dont treize pour cas privés, et soixante-un pour accidents.

Le nombre des opérations pratiquées, pendant le mois, a été de quatre-vingt-dix-neuf.

En chirurgie, deux cas d'affection du rein ont présenté un certain intérêt, par rapport à la difficulté qu'il y avait de faire un diagnostic positif.

Dame C., âgée de 51 ans, se présente à la consultation, accusant des douleurs juste à la région du rein et au rebord des fausses côtes. Elle souffre ainsi depuis février dernier, alors qu'elle eut de l'hématurie qui a persisté quelques semaines. Sa mère est morte de phtisie et la patiente elle-même a toujours joui d'une bonne santé. Mariée à 15 ans, elle est mère de 9 enfants, dont 7 vivants. A son entrée dans le service, la malade accuse de l'anorexie, de la pollakiurie et une douleur à tout le côté droit, en dessous des fausses côtes. A l'examen matité, pas de douleur et impossibilité de localiser le rein qui semble se confondre avec toute la masse de l'hypocondre. Le résultat de cet examen donne comme diagnostic probable : cancer du sein et peut-être du foie. Cependant, pour preuve plus certaine, la malade est mise sous chloroforme et une incision exploratrice pratiquée. Cette fois le diagnostic fut cancer du foie avec rein déplacé du côté correspondant. Toute intervention devenait alors impossible. Aujourd'hui, la malade va très bien sous les circonstances.

Dame G..., âgée de 52 ans. Mère morte de mal de Bright. Mariée à 20

ans, Dame G... a eu 13 enfants. Ménopause depuis 6 mois. A son entrée à l'Hôpital, la malade qui est pâle, anémiée, se plaint de douleurs à la région du rein droit avec pollakiurie. L'appétit est médiocre. L'examen des urines donne du pus, du sang et des cellules épithéliales. L'examen manuel ne donnant rien de positif, il fut décidé de pratiquer une incision exploratrice et d'enlever le rein s'il y avait lieu. Mais cette incision mit à découvert un rein carcinomateux, très volumineux, avec kystes en différents endroits. L'énorme volume de l'organe, la friabilité du tissu et l'hémorragie considérable empêchèrent le chirurgien de tenter la néphrectomie.

Un autre cas en chirurgie et je termine.

J. P..., 32 ans, a reçu un traumatisme sur la tête, il y a environ cinq ans. Il fit alors panser la blessure et le lendemain il retournait à son ouvrage, comme d'habitude. Le malade s'est bien porté pendant huit jours, sauf un peu d'écoulement, qu'il a cependant toujours ressenti depuis l'accident. Huit jours après il est tombé subitement le matin, et n'a repris l'usage de ses sens que sept heures après. Le côté gauche du corps et la partie droite de la face restèrent paralysés. L'amélioration s'est faite graduellement.

Deux ans après le traumatisme, des attaques d'épilepsie jacksonnienne firent leur apparition. Ces attaques duraient environ dix minutes et se répétaient une couple de fois par mois. Depuis deux ans, elles sont complètement disparues. La mémoire diminua graduellement depuis que la paralysie est survenue. Les autres facultés sont intactes.

La face palmaire de la main et le dessous du pied transpirent beaucoup plus du côté paralysé que du côté sain.

Actuellement, le patient marche assez bien, peut déployer une certaine force avec le bras, mais ne peut fléchir les doigts qu'avec l'aide de l'autre main. Il se plaint également de maux de tête et de douleur dans la cicatrice.

On ne constate aucune dépression à l'endroit de la cicatrice, laquelle mesure environ $1\frac{1}{2}$ pouce. Cette dernière se trouve située à une distance de 7 pouces du bord antérieur du frontal, et de $6\frac{1}{4}$ pouces de la protubérance occipitale. Tout porte à croire qu'il y aurait un enfoncement de la table interne du crâne, ou qu'un caillot se serait organisé et produirait une compression sur les centres affectés.

Le patient doit être soumis aux rayons X dans quelques jours.

Le Dr ADAMI, l'un des secrétaires de l'Association Britannique, est allé passer six semaines à Londres pour s'occuper des derniers arrangements. Il est fort probable, vu le nombre considérable de voyageurs qui traversent en Europe cette année, qu'il soit obligé de nolisier un navire pour amener à Montréal ceux des médecins anglais qui n'ont pu retenir leur cabine.

NAISSANCE

En cette ville, au mois d'avril dernier, la femme du Dr P. A. David, une fille qui a reçu au baptême le nom de Germaine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉLECTIONS MÉDICALES AU NORD-OUEST

Dans l'automne de 1895, à la suite du retentissant article publié par M. Tarte, nous avons prétendu, dans cette revue, que la profession médicale n'était pas administrée d'une manière satisfaisante pour la grande majorité de ses membres.

Dans le même article, nous avons proposé un nouveau mode d'élection qui est défini dans la motion Rottot-Fafard.

Or, on se rappelle quel sort eurent nos suggestions à l'assemblée de juillet 1896, et quel succès obtint la motion susdite; tous les gouverneurs, moins un (un membre anglais de la profession), votèrent contre avec un ensemble imposant et cela malgré l'approbation écrite du projet suggéré et de la motion Rottot-Fafard par près de trois cents membres du Collège des Médecins.

N'avons-nous pas le droit d'être étonnés de l'ensemble avec lequel nos gouverneurs ferment les deux oreilles à la pétition d'un nombre si considérable de leurs administrés. Ne nous est-il pas permis de révoquer en doute le droit moral de nos gouverneurs au titre de représentants de la Profession.

On nous objecte que chacun est libre de solliciter des procurations de vote et de s'en servir à sa discrétion. Oui, d'après la loi actuelle, chacun est libre, mais nous connaissons un grand nombre de médecins qui croiraient indigne de leur état d'arriver par ce moyen au pouvoir et aux honneurs. C'est là pourquoi nous serions heureux de voir amender notre loi électorale. C'est ce qui nous porte à dire que c'est la profession médicale qui est la plus mal organisée; le Barreau et la Chambre des Notaires pourraient nous rendre plus d'un point à ce sujet.

Ce n'est pas dans les autres provinces du Dominion qu'on pourrait impunément en agir ainsi avec ses confrères et ses administrés. L'esprit de la Profession est plus large et l'intérêt de corps est mieux compris.

Nous avons vécu pendant deux ans au Nord-Ouest; dans cette province, entre autres, la loi veut que tout se fasse à ciel ouvert et l'électeur a conscience de ses droits et de l'importance de son vote.

Voici comment se font les élections du Conseil Médical du Nord-Ouest, qui se compose de cinq membres, nommés par la profession.

(Traduction),

Prince Albert, Sask., mars 1897.

A. E. P. BENOIT, ECR., M. D., SAINT-ALBERT, (ALBERTA)

CHER MONSIEUR,

Suivant les instructions reçues du Conseil Médical des Territoires du Nord-Ouest, j'ai l'honneur de vous annoncer que la prochaine élection des membres

du Conseil du Collège des Médecins et Chirurgiens des Territoires du Nord-Ouest, aura lieu à Prince-Albert, le 14^e jour du mois d'avril prochain.

Je vous envoie un *bulletin de vote*, que vous devez remplir et me renvoyer dans l'*enveloppe* ci-jointe, avant le 14 d'avril prochain.

Je vous envoie aussi votre état de compte avec le Collège des Médecins et Chirurgiens, jusqu'à date, et me permettez de vous rappeler que vous devez payer votre contribution pour avoir droit de vote à l'élection prochaine.

Le *Registre Médical des Territoires du Nord-Ouest*, publié en août 1894, dont vous avez reçu une copie, vous donnera les noms de tous les praticiens licenciés jusqu'à cette date. Depuis, les Messieurs suivants ont été enregistrés:

(Suit la liste des médecins enregistrés depuis août 1894).

HUGH V. BAIN.

Régistrateur.

Telle est la lettre que tout médecin licencié des Territoires du Nord-Ouest a reçu, cette année, six semaines avant l'élection. On voit que les médecins de là-bas ont un bureau qui les tient au courant de ce qui se passe. Ce bureau, entre autres choses, fournit à la profession une liste complète et à date de ses membres, afin qu'on sache qui est médecin et qui ne l'est pas.

L'enveloppe, dont il est question, porte une adresse imprimée, ainsi conçue:

(Traduction),

Bulletin de vote.

HUGH V. BAIN, M. D.,

Régistrateur,

Collège des Médecins et Chirurgiens,

Prince Albert,

Sask.

Tous les bulletins de vote sont ainsi envoyés, sous enveloppe cachetée, au régistrateur, qui les ouvre devant deux témoins nommés par le Conseil, et en présence de tout membre du Collège qui veut assister au dépouillement du scrutin.

Le bulletin de vote est ainsi libellé :

(Traduction)

LOI MÉDICALE DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

BULLETIN DE VOTATION, 1897.

Je _____, médecin praticien licencié, vote en faveur des cinq personnes dont les noms suivent, afin qu'elles constituent les membres du Conseil Médical des Territoires du Nord-Ouest.

1

2

3

4

5

Et je déclare avoir droit de vote à cette élection, et avoir réglé le paiement de mes contributions au Conseil.

Daté

1897.

.....
Témoin

Telle est la loi dans les Territoires du Nord-Ouest, et les cinq médecins qui reçoivent le plus grand nombre de voix se trouvent à former le Conseil Médical et élisent entre eux le président, le vice-président et le régistrateur-trésorier.

Mais, direz-vous, comment le médecin sait-il pour qui il doit voter. Mon Dieu, d'une manière bien simple. Il y a à chaque élection un certain nombre de candidats qui prennent la peine de s'adresser à la profession, soit par circulaire, soit par lettre personnelle, quelque temps avant la votation, pour annoncer qu'ils sont candidats d'abord, et pour demander ensuite le suffrage des électeurs. N'est-ce pas ainsi que doit se faire toute élection bien organisée : d'un côté, le candidat qui s'annonce, de l'autre, l'électeur votant librement.

Nous savons bien que, dans la province de Québec, demander à un médecin de voter à la fois pour quarante candidats, surtout lorsqu'il ignore complètement, avant l'élection, quels sont ces candidats, c'est une rude tâche. Aussi nous croyons que le mode d'élection de nos gouverneurs est rien moins qu'une élection et qu'il devrait être changé. Cela est devenu nécessaire.

Nous ne prétendons pas que la loi électorale du Nord-Ouest soit applicable en tout point à la Province de Québec, mais elle est basée sur un principe qui devrait inspirer la nôtre : le droit, la liberté, l'obligation, pour tout membre qualifié de la Profession, de voter pour le ou les candidats de son choix.

La cabale et les ficelles ne nous vaudront jamais rien de bon.

CHRONIQUE

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Le programme préliminaire est maintenant imprimé et forme un livret fort joli, avec, sur la couverture, le portrait de Mlle Mance, fondatrice de l'Hôtel-Dieu, et à l'intérieur des vues de Montréal, des Universités, des Hôpitaux, etc. On y trouve tous les renseignements voulus sur les lignes de steamers, les lignes de chemins de fer, les hôtels, la ville, le programme, les excursions, etc. L'impression de la brochure est très bien faite.

Voici les sujets portés au programme provisoire de la section d'hygiène :

- a) Des rapports de l'officier de santé publique dans son district avec l'enregistrement et les certificats de décès ;
- b) Des variations de forme des maladies zymotiques, suivant les épidémies et les saisons ;
- c) Des devoirs et des responsabilités de l'autorité sanitaire au sujet de la prévention et du traitement des maladies infectieuses par les méthodes d'inoculation ;
- d) La prophylaxie de la malaria ;
- e) Le contrôle des maladies vénériennes au moyen de lois préventives ;
- f) Utilité des quarantaines telles qu'organisées aujourd'hui (inspection, désinfection et postes d'isolement), au moins dans certains pays ;
- g) Jusqu'où doivent aller les mesures prescrites contre : 1° la rougeole ; 2° la coqueluche ; 3° la tuberculose ; 4° la lèpre.
- h) Approvisionnement d'eau : 1° leur protection (disposition des eaux d'égout, fermes d'épandage) ; 2° leur purification par filtres ou autres procédés.
- i) Valeur relative des méthodes de désinfection ;
- j) Hygiène de l'enfance, et plus spécialement des moyens de diminuer la mortalité parmi les enfants élevés : 1° à la maison ; 2° dans un établissement ;
- k) Hygiène des écoles.

Les sujets e, f, g sont suggérés tout spécialement pour la discussion. Les travaux sur d'autres sujets seront aussi acceptés.

Jusqu'au 1er juin, les Messieurs suivants ont promis leur concours ;

1.—Dr E. P. Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, Montréal.—La Science sanitaire au Canada ;—ses progrès jusqu'à aujourd'hui.

2.—Dr A. Newsholme, médecin sanitaire de Brighton.—Plaidoyer en faveur d'une étude internationale de la diphtérie, avec des faits et des chiffres à l'appui.

3.—Dr J. R. Kay, médecin sanitaire du Conseil de Yorkshire.—Les rapports de l'officier de santé avec l'enregistrement et les certificats de décès.

4.—Dr F. Montizambert, surintendant de la quarantaine de la Grosse-Île et Dr W. Wyman, surintendant de la quarantaine et de l'hôpital de la marine, Washington,—ouvriront la discussion du sujet (f.)

5.—Dr P. H. Bryce, secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène d'Ontario,—ouvrira la discussion du sujet (g).

6.—Dr Wyatt-Johnson, bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la province de Québec,—Essais expérimentaux des gaz désinfectants.

7.—Georges Janin, I. C., Montréal, (autrefois du Corps des Ponts et Chaussées, France),—Des divers procédés recommandés pour disposer des eaux d'égout ; procédés mécaniques, procédés chimiques et épuration par le sol arable.