

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.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ALBUMINURIE DE LA GROSSESSE ET DE L'ECLAMPSIE.

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

Chers lecteurs,

Je suis à me demander quelle dose de toupet il faut avoir pour faire un bon rédacteur. Hier, dans la matinée, j'étais allé passer quelques minutes auprès de ma famille, qui a le bonheur de jouir de la vie de campagne pendant les mois d'été, quand Monsieur le rédacteur de *L'Union Médicale* s'est permis de m'appeler à mon bureau pour une communication importante, disait-il. A mon arrivée chez moi, rien de plus pressé que de faire sonner le téléphone et d'appeler mon ami à la communication importante. Je croyais qu'il s'agissait d'un cas de dystocie.—Mais, non ! Oh horreur ! l'ami voulait un travail pour le journal. Un travail pendant l'été, pensez-y donc ! Je ne comprends plus rien ! Je croyais l'été fait pour le repos, pour le soleil, pour les fleurs, pour les champs, pour la pêche, pour les rêveries, pour la nonchalance, pour la poésie. Oh ! mes illusions ! tout s'est envolé ! Plus de Lamartine, mes délices ! Revenir, hélas ! à la réalité, à l'aridité du vrai. Ah ! j'étais prêt à lui crier : "satané rédacteur que le d....." ; mais enfin, monsieur le rédacteur est un de mes amis, et pour obliger un ami on doit se sacrifier.

Et si j'oblige mon ami, c'est avec la condition formelle que je n'ennuierai pas, pour une fois, mes lecteurs, par de longues dissertations, de grandes théories, et que je me contenterai de leur rapporter quelques observations pratiques.

J'ouvre mes cartons et je prends au hasard quelques notes.

ŒDÈME CONSIDÉRABLE ET ALBUMINURIE DE LA GROSSESSE.

Frédérica, femme arrive à la Maternité le 2 décembre 1898. Elle est âgée de 35 ans et s'occupe des travaux de la maison. Elle a marché à l'âge de quatre ans et depuis elle marche bien mal. Elle a été réglée à quinze ans et depuis irrégulièrement. Frédérica est d'une intelligence bien au-dessous de la normale. La rougeole, la fièvre typhoïde, le rhumatisme et l'anémie l'ont tour à tour frappée. L'épilepsie s'est manifestée jusqu'à l'âge de 25 ans. Quatre grossesses antérieures ont été conduites jusqu'à terme sans accident, mais la troisième s'est terminée par un accouchement avec forceps.

Ses dernières menstrues sont arrivées le 1er mai. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus à trois mois. Le 2 décembre le fond de l'utérus est à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ce qui faisait un ventre très volumineux pour l'âge de la grossesse ; car en réalité, Frédérica n'était pas aussi avancée dans sa grossesse qu'elle le croyait, et l'accouchement, arrivé le 24 février, l'a prouvé.

Frédérica a toujours mal à l'estomac (gastralgie), elle vomit continuellement, souffre horriblement de sa tête, éprouve incessamment des vertiges. Ses jambes considérablement œdématisées ont plus que doublé de diamètre. Le cœur et les poumons sont sains. Les urines sont albumineuses. Le bassin correspond à la taille qui est petite : entre les épines 22 c., entre les crêtes 25 c., conjugué externe 19 c. Le fœtus est en S. I. G., avec auscultation à gauche dans le quart supérieur.

Je prescris la crème de tartre à prendre deux cuillerées à thé tous les matins, et le régime lacté absolu.

Le 10 décembre, sous l'influence du régime lacté absolu l'œdème a considérablement diminué.

Le fœtus est en O. I. D. avec auscultation dans le quart inférieur droit de l'abdomen.

Le 15 décembre, l'œdème a presque disparu ; la gastralgie a diminué beaucoup ; il n'y a plus de vomissement, et la céphalalgie ne se montre que par intervalle. Traces d'albumine.

Le fœtus est en S. I. G. Le fœtus paraît jouer dans la grande quantité de liquide amniotique. En effet, en peu de jours on le trouve en différentes présentations.

4 Janvier 1899.—Frédérica est depuis quelques jours à un régime moins sévère. On lui permet de prendre du riz, du gruau. Les urines n'ont pas d'albumine.

8 Janvier. L'œdème est revenu aux jambes aussi considérable

qu'au paravant. Il n'y a cependant pas d'albumine, ni gastralgie, ni céphalalgie, ni vomissement. Le régime lacté absolu est de nouveau institué.

Frédérica est en pleine attaque de grippe.

26 Janvier. Œdème très considérable des jambes, traces d'albumine, céphalalgie. On ajoute les purgatifs au régime lacté absolu.

Quelques jours plus tard ces symptômes ayant disparus, et comme Frédérica ne prend pas beaucoup de lait qu'elle n'aime pas, on permet de nouveau pendant quelque temps le riz et le gruau. C'est ainsi qu'on alterne jusqu'au terme de la grossesse qu'on mène à bien.

Enfin le 23 février, vers 11 h. p. m., le travail d'enfantement se déclare et ne se termine que le 24 à midi. Pendant l'accouchement nous avons donné plusieurs doses de chloral et de bromure de potassium.

Frédérica accouche d'une fille qui pèse sept livres 6 onces. Le placenta, qui n'a rien de remarquable si ce n'est son poids exagéré pèse, 1 livre 9 onces.

Les suites de couches sont normales: température $97\frac{1}{2}^{\circ}$ et pouls entre 70 et 74.

ALBUMINURIE CONSIDÉRABLE (20 grammes) SANS ÉCLAMPSIE.

Georgina, 22 ans, servante, primipare, a marché à $1\frac{1}{2}$ an, et a été réglée régulièrement depuis l'âge de huit ans. Elle a toujours joui d'une excellente santé, et ses antécédents héréditaires ne sont entachés que par la mort d'une tante paternelle qui a succombé à la phthisie.

Georgina a été réglée la dernière fois entre le 10 et le 12 avril 1898 et a perçu les mouvements actifs du fœtus à trois mois.

Examen le 19 décembre 1898: squelette normal, peau brune, cœur et poumons sains, pas d'œdème, pas de varices, pas d'albumine, fond de l'utérus à sept travers de doigt au-dessus de l'ombilic, fœtus en O. I. G. A., auscultation fœtale dans le quart inférieur gauche.

Le travail d'accouchement se déclare le 18 janvier 1899, vers 7 h. p. m. Le 19 janvier, à 3.15 h. a. m., le col est encore long et commence à s'ouvrir. La malade vomit beaucoup et cela depuis plusieurs jours. Elle a de l'œdème aux pieds et aux jambes, et de la céphalalgie. Elle n'a pas eu de selles depuis trois jours.

A 6 h. a. m., la garde-malade lui donne une dose d'huile de ricin. Les urines à 7 $\frac{1}{2}$ h. a. m. contiennent 4 $\frac{1}{2}$ grammes d'albumine. Le soir la parturiente à 9 $\frac{1}{2}$ a. m. et lui donne 30 grains de chloral et

autant de bromure de potassium, qu'elle rejette immédiatement. On lui applique un sinapisme sur le creux épigastrique et on lui administre en même temps une forte dose de sel et sené.

10 H. a. m., céphalalgie frontale très violente.

11 H. a. m., la dilatation est terminée.—11.15 h. a. m., les urines contiennent 12 grammes d'albumine.

11.45 H. la céphalalgie diminue et les vertiges disparaissent. On administre de nouveau 15 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium. Les purgatifs n'ont pas encore opéré.

La poche des eaux se rompt et l'expulsion se fait à 11.45. L'enfant, une fille, pèse $6\frac{1}{2}$ livres et le placenta 1 livre 2 onces. Pas de déchirure du périnée.

La malade repose assez bien dans son lit. Le soir les urines sont très noires et offrent 20 grammes d'albumine à $7\frac{1}{2}$ h. p. m.

Durant la nuit il y a plusieurs (trois) selles. 20 Janvier un gramme d'albumine.

La température est normale les jours suivants. Mais le quatrième jour la température s'élève à 100° et le pouls à 118, dans l'après-midi. Les lochies sont noirâtres, ont mauvaise odeur. Il n'y a pas eu de selles depuis le 19 janvier au soir. Je fais une injection intra-utérine au bichlorure, suivie d'une injection à l'acide borique; et on donne un purgatif. Tout rentre dans l'ordre et la malade relève rapidement.

ŒDÈME, ALBUMINURIE A LA FIN DE LA GROSSESSE, FŒTUS MORT ET MACÉRÉ.

Donata, primipare, âgée de 19 ans, a été réglée pour la première fois à 18 ans. Quoique travaillant dans les manufactures de coton, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Ses dernières menstrues ont eu lieu entre le 3 et le 7 juin 1898.

Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus à quatre mois.

Le 1er novembre, à l'examen de Donata, je touche le fond de l'utérus à la hauteur de l'ombilic. Le palper ne me renseigne pas sur la présentation; mais l'auscultation du cœur fœtal se fait à gauche. Pas d'albumine dans les urines; (jusqu'au 26 février 1899).

Donata souffre d'un panaris au deuxième doigt de la main gauche.

Le 4 décembre, le palper nous donne une S. I. D.—le 19 janvier une O. I. G.

Le 11 février, Donata se plaint d'œdème considérable aux pieds.

et aux jambes, de vertiges, de chaleur au visage. Les urines n'ont pas d'albumine. Je prescris une dose de sel et sené.

Le 26 février, l'œdème est encore très considérable, les urines contiennent trois grammes d'albumine. Le régime lacté absolu est prescrit, ainsi que les purgatifs. 27 Février, 4½ grammes d'albumine.

Le travail se déclare le 27 février vers 8 h. p. m.,—28 février, à 2 h. p. m., le col s'efface et a une dilatation de 25 centims. La dilatation est terminée à 9.30 p. m., et l'expulsion à 10 h. p. m.

L'enfant, une fille, pèse 6 livres et 8 onces. C'est un fœtus *mort et macéré*. Le placenta pèse 1 livre et 8 onces.

Le 28 février, pendant l'accouchement, la malade prend du chloral et du bromure de potassium ainsi qu'une dose de sel et sené. Les urines ont deux grammes d'albumine. Le lendemain de l'accouchement il y a encore deux grammes d'albumine. La malade continue le régime lacté, et le 6 mars les urines n'ont plus d'albumine.

Les relevailles sont normales.

GROSSESSE PROLONGÉE, DIPHTÉRIE, ALBUMINURIE ÉNORME, ACCOUCHEMENT SANS ÉCLAMPSIE,

Emma, servante qui est âgée de 19 ans, a toujours joui d'une excellente santé, n'ayant eu pour toute maladie passagère que la varicelle et la chorée (deux mois) à l'âge de 13 ans. Elle a été réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans. Canadienne aux cheveux bruns, elle est bien faite, pas très grande, mais bien développée. Le médecin qui nous l'adresse nous prévient qu'elle est somnambule.

Sa mère est morte d'un cancer, et une de ses sœurs de phtisie.

A son entrée à la Maternité, le 13 novembre 1898, l'examen d'Emma nous révèle les faits suivants : dernières règles au commencement de mai 1898 ; mouvements actifs du fœtus à quatre mois ; fond de l'utérus à l'ombilic. Malgré le peu de développement de l'utérus qui n'indiquerait qu'une grossesse de cinq mois, nous pouvons diagnostiquer un enfant en O. I. G. A., avec auscultation à gauche. De fait, la grossesse est âgée de six mois, les dernières règles ayant eu lieu au commencement du mois de mai, et la patiente étant une fille qui se rappelle très bien l'époque de ses dernières menstrues et le moment de sa chute sous les caresses de l'amour.

Les urines, examinées le 13 novembre, le 6 décembre 1898, le 19 janvier, le 28 janvier, et le 8 février 1899, ne présentent pas de traces d'albumine.

Le 29 janvier, Emma se plaint de douleurs à la nuque, de crampes dans les bras et les jambes, de courbature générale. C'est au moment où l'épidémie de grippe sévit. Nous prescrivons un purgatif, la diète et le repos.

Le 16 février, nous revoyons la malade qui se plaint d'un violent mal de gorge. En effet, la gorge de la patiente est très malade. Les amygdales sont quelque peu enflammées, sans taches blanches. Mais sur le naso-pharynx nous remarquons une grande plaque blanche de la grandeur d'une pièce de 25 centins. Le 17 février et les jours suivants la membrane diphtéritique—car nous avons affaire à la diphtérie—s'étend rapidement par en bas, mais ne touche pas les amygdales. Ces dernières n'ont pas le moindre petit point blanc; absolument rien sur les amygdales. Nous avons prescrit l'ancien régime de la diphtérie : gargarismes; et à l'intérieur, teinture de fer et chlorate de potasse.

25 Février, la plaque diphtéritique descend toujours sur la partie postérieure du pharynx; elle envahit l'épiglotte. La malade respire difficilement. Nous nous décidons enfin à employer le sérum. Si nous ne l'avons pas fait plus tôt, c'était faute de fonds nécessaires. Car il ne faut pas l'oublier, la Maternité n'est pas fortunée et souvent nous sommes forcés de recourir aux remèdes peu dispendieux. Notre conviction est bien arrêtée aujourd'hui quant à l'action du sérum que nous considérons comme spécifique dans la diphtérie. Dans notre clientèle privée nous employons exclusivement et dès le début le sérum antidiphtéritique de Pasteur, et nous n'avons eu que des succès à enregistrer dans tous nos cas de cette terrible maladie.

Une injection de 20 c.c. de sérum est donc faite à Emma, le 25 février. Les membranes de la gorge sont examinées bactériologiquement, et notre diagnostic est confirmé par cette analyse.

Les 26, 27 et 28 février les membranes se détachent et la malade se rétablit. Le 3 mars, l'analyse des urines donne six grammes d'albumine au tube d'Esbach. Le régime lacté absolu est institué. 4 Mars, cinq grammes d'albumine.

Le travail d'accouchement se déclare le 5 mars à 11 h. p. m. Le 6 mars à 7 $\frac{3}{4}$ h. a. m., le col s'efface, et permet l'introduction d'un doigt. Les urines contiennent six grammes d'albumine; il y a céphalalgie, vertiges et nausées.

10 H. a. m., une forte dose de sel et sené.

11 $\frac{1}{2}$ H. am., 15 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium.

12 $\frac{3}{4}$ H. p. m., le col est dilaté.

1 H. p. m., les membranes sont rompues, et la tête fœtale est au plancher du périnée.

3 H. p. m., les douleurs sont faibles, ne portent pas.

La parturiente est mise sous l'influence du chloroforme et le forceps est appliqué sur la tête fœtale en O. I. D. A. L'extraction est facile et se fait sans déchirure du périnée. Aussitôt après l'extraction du fœtus, la sonde est introduite dans la vessie et en tire autant d'albumine que d'urine. Malgré cette *énorme quantité d'albumine* la malade n'a pas d'éclampsie.

La délivrance est naturelle et le placenta pèse 15 onces ; on n'y remarque pas d'infarctus blancs. L'enfant, une fille, pèse six livres et quatre onces. Les suites de couches sont normales et l'albumine diminue rapidement sous l'influence du régime lacté qui est continué pendant quelques jours après l'accouchement.

A remarquer l'albuminurie considérable pendant le travail et cependant pas de convulsion, et cette grossesse de dix mois.

ÉCLAMPSIE, AMAUROSE, SAIGNÉE, VERATRUM VIRIDE

Eléonore, 25 ans, servante, primipare, est blonde, grande et bien taillée. Elle a toujours joui d'une bonne santé. A été réglée à l'âge de 15 ans. Dans l'enfance elle a eu la rougeole. Ses antécédents héréditaires sont bons.

Je l'examine la première fois le 12 novembre 1898. Ses dernières règles sont venues entre le 10 et le 14 juin dernier. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus à trois mois. Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic d'un travers de doigt. Il n'y a pas d'œdème. Les urines n'ont pas d'albumine. Jusqu'au 6 mars 1899, les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le palper fait de nouveau le 19 janvier 1899 donne une O.I.D.P. ; l'auscultation se fait à droite.

Le 14 mars, 5 h. p. m., Eléonore a un œdème considérable aux jambes, huit grammes d'albumine au tube d'Esbach, et une violente céphalalgie frontale. On lui donne 15 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium.

A 8 h. p. m., je prescris sel et sené, une bonne dose ; chloral 15 grains et bromure de potassium 30 grains à renouveler toutes les trois heures, régime lacté absolu.

15 Mars, 9 h. a. m., Eléonore a eu plusieurs selles liquides durant la nuit et elle a pris quatre doses de chloral et de bromure de potassium. Elle a reposé. L'urine ne contient plus qu'un gramme d'albumine.

A 11 h. a. m., et à 2½ h. p. m., nouvelles doses de chloral et de bromure de potassium ; mais la dernière dose est vomie. La céphalalgie a diminué ainsi que l'œdème aux jambes, mais d'un autre côté il y a œdème de la face (la malade est au lit depuis la veille). Le pouls a 78 pulsations. Symptôme très alarmant, Eléonore est frappée de cécité (amaurose).

A 4 h. p. m., saignée de 10 onces. Pendant la saigné le pouls monte à 120, puis descend à 80 et devient irrégulier,—5.45 p. m., chloral et bromure de potassium.

A 6½ h. p. m., le col s'efface et se dilate,—9 h. p. m., la dilatation est terminée, la poche des eaux rompues. La malade vomit beaucoup.

Je mets la malade sous l'influence du chloroforme et je termine l'expulsion de crainte de voir éclater les attaques de convulsion. Le forceps est appliqué directement sur la tête fœtale en O.I.D.T.

16 Mars matin, Eléonore, qui n'a pas pris de chloral depuis la veille à 5¾ h. p. m., a bien reposé, mais elle n'a pas encore recouvré la vue. La céphalalgie est presque disparue. L'urine n'a qu'un gramme d'albumine.

16 Mars, 10.45 h. a. m., *premier accès d'éclampsie* très fort,—11 h. a. m., *2e accès* encore très fort.

J'arrive auprès de l'éclampsique à 11.15 h. a. m. Le pouls est très rapide (156 pulsations à la minute).

J'injecte hypodermiquement 20 *gouttes* d'extrait fluide de *Veratrum Viridè*.

11.15 h. a. m.,	pouls 156,	injection hypodermique de Veratrum.
11.20 " "	" 132	
11.25 " "	" 110,	température 99½
11.30 " "	" 104	
11.35 " "	" 90,	nausées
11.40 " "	"	vomissements jaunâtres.
11.45 " "	" 84	" de glaires
11.50 " "	" 72	" " " transpiration
11.55 " "	" 60	[commence
12.00 " "	"	nausées, transpiration abondante.
12.05 p. m.,	" 54,	vomissements de glaires.
12.10 " "	" 60	" verdâtres.
12.13 " "	" 54,	la sonde dans la vessie ne retire qu'une drachme d'urine avec 5½ grammes d'albumine au tube d'Esbach.

12.15 h. p. m., pouls 60, nausées

12.20 " " " 60

12.25 " " " 62

12.30 " " " 62

12.35 " " " 70, vomissements verdâtres continus.

12.40 " " " 70

jusqu'à 1.20 h. p. m., le pouls-varie entre 70 et 78, étant plus ou moins vite suivant que la malade fait des efforts de vomissements.

1.25 H. p. m., pouls 70, ne vomit plus, prend un peu de lait.

1.40 H. p. m., pouls 70, vomit son lait ; puis jusqu'à 4.00 h. p. m., le pouls pris toutes les cinq minutes oscille entre 60 et 72. La malade boit à trois reprises un peu de lait qu'elle garde.—4 h p. m. La malade repose.

5 h. p. m., pouls 62, température 98 1/5°

6. h. p. m, " 60. Urine avec la sonde 10 onces. Jusqu'à 8.40 h. le pouls se maintient en-dessous de 70 pulsations.

8.40 h. p. m., pouls 80

9.00 " " " 80, n'a pas recouvré la vue. Pas de céphalalgie. Se sent bien. Repose par moment.

9.15 h. p. m., pouls 80. *Nouvelle injection de 5 gouttes de Vera-*

9.25 " " " 80 [trum Viride.

9.30 " " " 76

9.35 " " " 76

9.40 " " " 72

9.45 " " " 78, transpiration, nausées.

9.55 " " " 78, vomissements de glaires.

10.00 " " " 74

10.05 " " " 72, nausées

10.10 " " " 66

10.15 " " " 70

10.20 " " " 68

10.25 " " " 68

10.30 " " " 66

10.40 " " " 66

10.45 " " " 64

10.50 " " " 62

Le pouls se maintient à 62 jusqu'à minuit. La malade se sent bien et repose par intervalle.

17 Mars.

12.05 h. a. m., pouls 56

Le pouls reste désormais lent.

12.25 h. a. m., Eléonore commence à entrevoir les objets ou les personnes.

6.50 h. a. m. Elle voit comme des ombres, ne distingue pas les objets. Les urines contiennent $\frac{1}{4}$ gramme d'albumine.

10.00 h a.m., température $97\ 3\frac{1}{5}^{\circ}$, pouls 72. Les objets sont vus encore confusément. Mais Eléonore, en prêtant beaucoup d'attention peut dire combien on lui montre de doigts.

1.10 h. p. m. Elle peut distinguer la couleur de la toilette de la garde-malade.

18 Mars. A passé une bonne nuit. Elle voit bien ; mais si elle regarde quelque peu longtemps, le même objet lui parait grossir.

Les suites de couches ont été normales et Eléonore a parfaitement guéri.

OBSERVATION D'ÉCLAMPSIE AVEC SYMPTOMES REMARQUABLES VERATRUM VIRIDE.

Le 25 novembre 1898 j'examine pour la première fois Dosia, qui a 18 ans et s'occupe du soin de la maison. C'est une fille d'une taille au-delà de la moyenne : 6 pieds. Son squelette est normal ; elle est blonde ; tous les organes sont sains. Elle a toujours bien marché depuis l'âge de 14 mois ; a toujours été réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Sa santé a toujours été excellente. Elle n'a eu pour toutes maladies que la rougeole pendant son enfance.

Les dernières règles sont venues au commencement de mars ; mouvements actifs du fœtus à quatre mois. Le 25 novembre le fond de l'utérus est à neuf travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'enfant est en O.I.D.T. avec auscultation à droite. L'urine assez abondante offre des traces d'albumine. L'urine, examinée de nouveau le 6 décembre, est normale.

Le travail de l'accouchement se déclare le 11 décembre à 8 h. p. m. Le 12, à 10 a. m., le col à demi effacé a une dilatation d'un 25 centins. L'urine est examinée à midi, pas d'albumine, bonne couleur, assez abondante. Plusieurs vomissements pendant le travail. La dilatation est terminée à $4\frac{1}{2}$ h. p. m. et l'expulsion à $5\frac{3}{4}$ h. p. m., le 12 décembre. Rupture artificielle de la poche amniotique après dilatation complète. Tout le travail a duré à peu près 22 heures.

Légère déchirure de la partie postérieure du vagin. Très peu de sang avant l'expulsion du fœtus, un peu plus avant la délivrance. L'enfant, un garçon, pèse $8\frac{3}{4}$ livres ; le placenta, dont la face utérine est parsemé de concrétions calcaires, pèse 1 livre et six onces. On n'y remarque aucun infarctus blanc.

Pendant l'accouchement j'avais remarqué un léger œdème à la jambe gauche. Après l'accouchement, la malade se plaint de céphalalgie et de vertiges. A 6 h. 30 p. m., c'est-à-dire 45 minutes après la délivrance survient un *premier accès d'éclampsie*. On administre par la bouche 30 grains de chloral et autant de bromure de potassium. L'urine tirée de la vessie avec une sonde donne six grammes d'albumine au tube d'Esbach. A 6½ le pouls a 104 pulsations.

A 7 20 h. p. m., *2e accès*. Je n'ai pas été présent pendant le premier accès. Au début du 2e accès j'étais à examiner une autre patiente que je laissai pour courir à l'appel du 2e accès d'éclampsie. MM. les Drs Lamarche et Ethier me suivirent et assistèrent à la convulsion qui avait tous les caractères de la convulsion de l'éclampsie. Après cet accès la malade resta une dizaine de minutes dans une espèce de somnolence et d'hébétéude qu'on remarque à la suite des premiers accès d'éclampsie. L'accès passé on transporte l'accouchée de l'infirmerie à la salle d'accouchement. L'on prépare tout ce qu'il faut pour la saigner et l'on appelle les étudiants. La malade a pleine connaissance. A 8 h. p. m. M. le Dr Lamarche lui ouvre la médiane céphalique du bras droit et tire 13 onces de sang. Le pouls plein, fort, a 68 pulsations avant la saignée. Pendant la phlébotomie il devient mou et s'élève à 80 pulsations.

A 8½ h. p. m., *3e accès*. On administre par la bouche 25 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium.

A 9 h. p. m., pouls 76, la malade repose.

A 9.20 h. p. m., *4e accès* très violent qui dure cinq minutes.

A 9.45 h. p. m., le pouls varie entre 70 et 84.—10 h. p. m., température 98 1/10° F.

A 10.50 h. p. m., la malade repose depuis 9.20 h.

A 10.54 h. p. m., *5e accès* très fort, dure six minutes.

A 11.05 h. p. m., pouls 116, nouvelle saignée de six onces; le pouls augmente de vitesse pendant la saignée et devient plus petit pour retomber après la saignée à 90.

L'urine, quatre onces extraite avec la sonde, contient beaucoup d'albumine.

A 11.25 h. p. m., *6e accès*, très violent, dure trois minutes. Fait très curieux, la malade recouvre connaissance presque aussitôt après chaque accès de convulsion.

A 11.50 h. p. m., on donne par la bouche deux gouttes d'huile de croton qui est rejetée aussitôt. A remarquer que la malade avait des nausées avant de prendre l'huile de croton.

A 11.55 h. p. m., *7e accès*, très fort, dure trois minutes.

A partir de ce septième accès j'administre le chloroforme dès la menace de convulsion à chaque accès

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ce cas, c'est une espèce d'aura qui se répète à presque tous les accès. Et voici comment se manifeste cette aura. L'avant-bras se fléchit sur le bras. Le coude est éloigné quelque peu du corps, et la main est à neuf ou dix pouces de l'épaule. Les doigts du même membre sont agités pendant une demi ou une minute. Je ne puis mieux me faire comprendre qu'en disant que la malade place son avant-bras et son bras exactement comme le musicien qui tient son violon. Les doigts sont aussi agités comme ceux de l'artiste qui exécute des variations avec son instrument à corde. Après cette aura survient la véritable attaque d'éclampsie avec ses quatre périodes: invasion, convulsion tonique, convulsion clonique, et coma, mais coma très léger et très court; enfin, l'accès finit comme il a commencé par le même mouvement de l'artiste, pose et agitation des doigts. C'est le bras gauche qui prend cette position particulière de l'artiste, excepté au 9e accès qui est marqué par l'agitation de la main droite.

Après le 7e accès la malade vomit beaucoup de mucus.

A 12.15 h. a. m., (minuit 13 décembre), 8e accès, un peu moins fort.

A 12.20 h. a. m., 60 grains de chloral et 30 grains de bromure de potassium en lavement qui est à moitié rejeté.

A 12.30 h. a. m., pouls 108 plein.—1.30 h. a. m., une selle.

A 1.35 h. a. m., 9e accès, très fort, dure cinq minutes, avec chloroforme.

A 1.45 h. a. m., 10e accès, moins long, aussitôt après, 11e accès.

A 1.55 h. a. m., pouls 120, température axillaire 101° F. Injection hypodermique de 15 gouttes d'extrait fluide de *Veratrum Viride*.

A 2 h. a. m., pouls 110

A 2.10 h. " " " 98

A 2.15 " " " " 106, nausées

A 2.20 " " " " 98

A 2.25 h. a. m., 12e accès. Aura commence par la pose remarquée et l'agitation des doigts de la main gauche pendant une minute, pendant laquelle la patiente nous répond bien, puis le bras est agité et suit la véritable attaque d'éclampsie, le chloroforme abrège l'accès. La malade répond à nos questions l'accès étant à peine terminé.

A 2.30 h. a. m., pouls 72, la malade a pleine connaissance, elle boit un grand verre de lait.

A 2.37 h. a. m., pouls 60, nausées.

A 2.40 h. a. m., pouls 60, boit un verre de lait, vomissant très abondamment, au moins les deux verres de lait qu'elle vient de prendre.

A 2.53 h. a. m., pouls 50, température 98 2/5° F.

A 3.00 h. a. m., " 60, vomissement de mucus.

De 3.10 à 5.35 h. a. m., le pouls varie entre 54 et 56, la malade repose.

A 5.35 a. m., boit un verre de lait et nous raconte tout ce qui s'est passé pendant la nuit.

A 6.45 h. a. m., pouls 62, température 38° F. Un gramme d'albumine dans les urines.

A partir de 6.45 h. a. m., jusqu'à 3 h. p. m., le pouls varie entre 58 et 64; la malade repose bien par intervalle, elle prend souvent du lait.

Les suites de couches se font bien, la température oscille entre 97° et 98° F., et le pouls entre 66 et 80. La convalescente se lève le 10e jour; l'urine n'a plus de traces d'albumine

Chose vraiment remarquable c'est que la malade nous a dit, dans le courant du treize décembre, c'est-à-dire au deuxième jour des couches et elle nous l'a répété les jours suivants, qu'elle sentait parfaitement venir l'attaque de convulsion; qu'elle sentait une espèce de froid lui parcourir tout le corps avant l'accès et qu'elle se souvient qu'elle commençait à être agitée, puisqu'elle perdait connaissance, laquelle connaissance elle recouvrait rapidement après l'accès.

Il n'y a pas à douter qu'il s'agit ici réellement d'éclampsie. M. le professeur Lamarche ainsi que M. le Dr Ethier ont été témoins des premiers accès. Ils ont confirmé le diagnostic. Il ne peut être question d'épilepsie. La malade n'en a jamais présenté antérieurement. Il n'y a pas d'antécédents nerveux. Elle a toujours joui d'une excellente santé. Pas d'antécédents héréditaires nerveux, ni alcoolique. En plus, l'urine présente au moment de l'attaque beaucoup d'albumine.

AMAUROSE, ÉCLAMPSIE, VERATRUM VIRIDE.

Je me permettrai de rapporter une autre observation à demi complète, parce que la malade qui en fait le sujet est encore au lit.

Le 24 juillet, c'est-à-dire, avant-hier, vers les 6½ du matin, mon confrère Monsieur le Dr Cartier me demande si je puis admettre à la Maternité une éclampsie presque au terme de la grossesse.

Cette malade est transportée en effet à la Maternité vers les huit

heures a. m. Monsieur le Dr Ethier, de l'Hôpital Notre-Dams, accompagne la malade dans l'ambulance.

Voici les observations que me donne mon confrère M. le Dr Cartier : " La malade est sous mes soins depuis un mois. Elle passe 250 grammes d'urines par 24 heures. " L'urine est albumineuse ($\frac{1}{4}$ à un gramme). Elle a de l'œdème aux deux jambes depuis un mois. Je l'ai soumise au régime lacté absolu depuis un mois, mais je suis positif qu'elle m'a joué des tours et qu'elle a mangé du jambon. Elle souffre de la tête depuis deux jours. Le 23 juillet, vers les 5 heures p. m., elle perd la vue (amaurose).

Le 24 juillet, 5 h. a. m., 1ère attaque d'éclampsie. Elle a quatre accès jusqu'à 7 heures. Un médecin appelé en consultation administre cinq gouttes de veratrum viride, et l'on tient la malade sous l'influence du chloroforme."

Voici maintenant ce que je remarque à l'arrivée de la malade à la Maternité. C'est une très grosse fille qui pèse dans les 200 livres. Léger œdème des deux jambes. La face est plus ou moins congestionnée ; les lèvres sont épaisses et on y remarque quelques morsures. La patiente est sous l'influence du chloroforme qu'on continue à administrer. Le pouls bat 90 pulsations à la minute. Le col de la matrice est à demi effacé ; la dilatation n'est pas commencée. L'enfant se présente par le sommet et est en O.I.G.T. Par l'auscultation je crois entendre les battements redoublés du fœtus très ralentis. Mais je ne puis affirmer que ce sont les véritables bruits du cœur fœtal, parce que la respiration saccadée et forte de la mère masque plus ou moins tout autre bruit. Séance tenante je pratique une injection vaginale au bichlorure, je fais laver la malade et je procède à la dilatation artificielle avec les doigts, puis à la version. Enfin, j'essaie la manœuvre de Mauriceau qui ne réussit pas et je me hâte d'appliquer le forceps sur la tête dernière. L'enfant respire, mais il est très faible. La délivrance est naturelle. Le placenta pèse une livre et six onces, et je n'y remarque qu'un petit infarctus blanc.

Je termine l'accouchement par une injection intra-utérine au bichlorure de mercure, suivie d'une injection à l'acide borique. Enfin, je suture le périnée que j'ai déchiré au second degré, car je préférerais sauver l'enfant que de ménager le périnée,—faute que j'ai pu, en effet, réparer facilement.—On a cessé l'administration du chloroforme aussitôt après l'expulsion du fœtus.

A 8.25 h. a. m., c'est-à-dire aussitôt après la délivrance, le pouls

est à 140 ; il n'y a pas d'hémorrhagie. Comme la vitesse du pouls me fait craindre de nouvelles attaques d'éclampsie, j'administre en injection hypodermique 10 gouttes de veratrum viride (extrait fluide). Dix minutes plus tard, le pouls commence à se ralentir, et la patiente se met à vomir abondamment et incessamment pendant trois heures un liquide verdâtre, ou noirâtre. Par moment elle dit—et ce sont les seuls mots qu'on peut lui tirer : “ j'étouffe, j'étouffe.”

Une remarque en passant, il ne faut pas s'effrayer des vomissements et de l'étouffement qu'éprouvent les malades sous l'influence du veratrum viride. C'est plus effrayant que dangereux. On n'a qu'à tenir les malades couchées et à suivre le pouls pour qu'il ne se ralentisse pas au-dessous de 30.

Vers 1.30 p. m., l'agitation cesse mais la patiente n'a pas recouvré connaissance. Il y a toujours amaurose. Il est impossible de rien lui faire avaler.

A 8 h. p. m., je lui glisse dans la bouche deux gouttes d'huile de croton dans une cuillerée à thé d'huile d'olive.

On tire de sa vessie à peu près trois chopines d'urine légèrement albumineuse.

A 9 h. p. m., elle a trois selles. Elle repose bien pendant la nuit.

25 juillet. Elle semble reprendre connaissance. Ne voit pas encore.

Dans le courant de l'après-midi elle a sa connaissance et recouvre la vue.

Le 10 août, au moment où je corrige les épreuves de mon travail, la malade a quitté la Maternité depuis un jour. Elle est complètement rétablie.

Montréal, 10 août 1899, 326 Lagachetière.

JOURNAL MÉDICAL A QUÉBEC.

Nos amis de Québec ont résolu de doter leur district d'un journal médical qui sera l'organe officiel de leur Société de Médecine et qui s'appellera le *Bulletin Médical de Québec*. Le premier numéro doit paraître dans le courant du mois de septembre.

OSTEO-ARTHRITES TUBERCULEUSES.

Par le Dr Eugène ST-JACQUES.

C'est là un sujet très étendu, aussi n'ai-je pas l'intention de l'aborder par toutes ses faces. Je ne veux m'arrêter qu'à quelque point d'ordre essentiellement pratique et d'utilité courante, en faisant part de choses et faits observés en divers services, chez Phelps, à New-York, chez Schede, en sa clinique de Bonn sur Rhin, et dans les services de Lannelongue, Kirmisson et Jalaquier ici.

Autant les tout jeunes enfants, les bébés paient un large tribut à la méningite tuberculeuse, autant l'on est frappé de la fréquence de la tuberculose osseuse chez l'enfant et l'adolescent. Et comme si le jeune âge offrait en ses séreuses un terrain de prédilection au bacille de Koch, l'ostéite tuberculeuse s'en prend de préférence aux articulations, évoluant à la fois en synoviale et en épiphyse.

Par contre, l'observation longue et suivie de ces mêmes cas permet de noter avec quelle lenteur évoluent généralement les tumeurs blanches, combien le processus est localisé et très souvent n'a pas de retentissement sur l'état général, comme si l'agent infectieux était plus occupé à créer des fongosités qu'à faire des toxines.

J'ai dit "souvent sans réaction sur l'état général," et c'est là en effet un point qui ne saurait manquer d'attirer l'attention : l'impunité avec laquelle certains sujets portent une arthrite tuberculeuse en évolution.

Il est évident que si nous sommes en présence d'un article suppuré et surtout fistulisé, le tableau change.

Le mauvais état constitutionnel a plus d'une cause ici : ainsi par exemple la douleur concomitante de quelques unes de ces arthrites, l'impotence fonctionnelle amenant l'immobilité, et partant le manque d'exercice et de plein air, en sont des facteurs importants, auxquels il faut ajouter l'infection "mixte" des abcès tuberculeux fistulisés.

Combien de fois j'ai noté des porteurs de tuberculoses articulaires, s'étant présentés tout souffreteux, en dépérissement général, revenir après quelques semaines ou quelques mois un bon teint aux joues, ayant augmenté leur poids, mangeant et dormant bien, et

avec des lésions évoluant à une guérison prochaine, souvent guéries pour un bon nombre. Il avait suffi de pointes de feu suivies d'un plâtre immobilisant l'article malade, pour faire disparaître la douleur, permettre la sortie au grand air et l'exercice modéré. Ailleurs une simple ponction évacuatrice d'un abcès, remplacé par quelques grammes d'éther iodoformé et une immobilisation en un silicaté, avaient produit des merveilles. Il va sans dire que le traitement général avait été mis en demeure en même temps de donner tout ce qu'il pouvait.

Cependant, il ne faut pas être trop optimiste, car de la trop grande confiance naît souvent un manque de prévoyance, et c'est par excellence la tuberculose osseuse qu'il faut savoir prévoir pour prendre à point les choses. C'est le cas ou jamais de se dire : *an ounce of prevention is better than a pound of cure*, et pour avoir vu si souvent les mauvais effets d'un traitement retardé ou mal suivi nous ne saurions trop insister sur une thérapeutique *précoce et sévère*. Autant les ostéo-arthrites tuberculeuses offrent de variétés correspondant aux diverses périodes de leur évolution, autant la thérapeutique nous donne de ressources pour aider la nature. Nous les classons en deux catégories : traitement conservateur, traitement opératoire.

THÉRAPEUTIQUE DE CONSERVATION.

La *Thérapeutique de Conservation* ne s'en tient pas seulement aux moyens palliatifs, soyons en convaincus. Elle est plus ambitieuse à bon droit : elle prétend guérir et y réussit largement.

Elle met à notre disposition, l'immobilisation, l'ignipuncture profonde, les injections médicamenteuses interstitielles, et l'injection sclérogène.

Immobilisation.

Faut-il insister sur les méfaits du mouvement laissé à une jointure malade. Inutile de rappeler la douleur qui est la première manifestation. Ai-je besoin de rappeler les cris que tout mouvement provoque chez les malades qui souffrent d'une arthrite aiguë rhumatismale ou infectieuse, et, bien qu'à un moindre degré, chez les porteurs de tumeurs blanches. Pourquoi chez ces derniers le membre malade prend-il une position fautive et y est-il ainsi fixé par des contractures musculaires. C'est que la nature instinctivement place le membre dans la position où l'arthrite souffrira le moins. Il est vrai cependant, et il ne faut pas le perdre de vue, qu'à une période avancée la myopathie concomitante de toute arthrite chronique en sa durée

fixe le membre en attitude vicieuse par suite de la force toujours supérieure de certains groupes musculaires en regard de leurs opposants plus faibles.

Outre la douleur que l'on doit épargner au malade, il faut supprimer ces pressions osseuses localisées, intra-articulaires, dues aux contractures musculaires. Cette pression constante est une cause d'irritation continue, elle active le processus pathologique et amène la destruction progressive des parties en contact ; d'où déplacements osseux.

Volkman a insisté sur ce point, le *décubitus ulcéreux* comme il l'appelle, et avec lui Lannelongue, qui peint le processus de ce mot *d'ulcération compressive*. Le schéma que Volkman nous a tracé d'une tumeur blanche du genou nous fait comprendre cette lente usure des extrémités articulaires et des difformités qui peuvent en résulter. D'ailleurs, la clinique nous le montre tous les jours et c'est surtout au cours d'interventions opératoires que nous l'avons constaté, de même que sur la table d'autopsie.

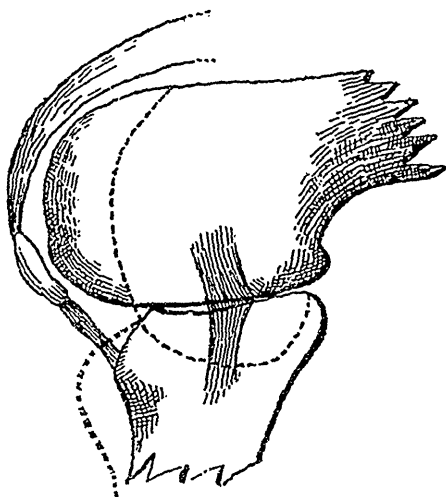


Schéma de Volkman.

On peut voir avec grand intérêt, dans la collection de Péan au musée de l'hôpital St-Louis, des pièces anatomiques qui nous montrent à l'évidence ce processus d'usure osseuse sous pression constante.

A ces deux raisons qui militent contre l'abandon de l'article malade à son jeu libre, j'ajoute les attitudes vicieuses. Toute arthrite vieille de quelques semaines est accompagnée de myopathie du membre. Les muscles entrent en dégénérescence, et bientôt certains

groupes plus forts que leurs anatagonistes—toujours les mêmes pour chaque articulation—amènent le membre en mauvaise position, si l'on n'y remédie par l'immobilisation précoce.

Donc, pour toutes ces raisons, le premier pas dans le traitement des arthrites tuberculeuses est l'immobilisation.

Mais ayons le soin de fixer le membre dans une position correcte, i. e. dans l'attitude la plus utile, au cas d'ankylose. Car il faut le savoir, le processus phinnateux, joint à l'immobilisation, conduit à l'ankylose ; non pas que nous devrions la rejeter, au contraire, car c'est là le salut et la guérison dans la plupart des cas où elle se peut obtenir.

Les effets de l'immobilisation se comprennent facilement : sous son influence calmante, l'irritation continuelle des petits mouvements n'est plus ; les contacts osseux sont supprimés en partie. Dès lors la nature n'est plus arrêtée dans son travail de défense et d'isolation du processus tuberculeux, l'évolution se fait graduelle vers la sclérose, sur laquelle König a insisté, que Reyer a si bien montrée comme conséquence de l'immobilisation articulaire ; l'articulation au repos, les muscles cessent leur contracture de garde et reviennent à l'état de relâchement, le malade voit disparaître les crampes douloureuses qui en résultaient.

Nous aurons soin d'immobiliser le pied à angle droit sur la jambe, le genou en position rectiligne, la hanche dans l'extension avec légère abduction et rotation externe, puisque l'on sait la tendance énergique des adducteurs à amener la cuisse en dedans et produire la rotation interne.

Au membre supérieur, grande attention aussi de le fixer dans la position la plus utile : l'épaule en légère abduction, le coude à demi-fléchi et ponce en haut, le poignet, cela va sans dire, en extension rectiligne.

Nous savons que la correction d'une fausse attitude, par exemple d'une cuisse fortement attirée en dedans et fléchie, d'un genou à angle droit, ne saurait se faire dans tous les cas au cours d'une seule chloroformisation, c'est dire que nous corrigerons suivant le cas en *une seule* séance ou graduellement *en plusieurs*. Sous chloroforme la réduction se pourra souvent faire avec assez de facilité alors que, à l'état de veille, la contracture musculaire défiait toute tentative. Il ne faut pas être surpris si dans les vieilles arthrites, surtout du genou, la difficulté est grande de la correction. A l'ankylose fibreuse plus ou moins organisée s'est ajoutée la contracture musculaire qui a amené un raccourcissement réel des muscles fléchisseurs de la jambe, biceps,

semi-tendineux et membraneux. Dans ce cas l'on tentera la réduction par l'extension lente et progressive faite par des aides. Si la résistance ne paraît pas céder et que les tendons des dits fléchisseurs soient fortement tendus, même sous narcose complète, alors on en fera la section, et ici à ciel ouvert.

Il y a quelques semaines, je voyais Kirrison opérer deux redressements par méthodes différentes. L'un était chez une jeune fille de 12 ans, qui, il y a cinq ans, avait subi une résection du genou pour tumeur blanche. Quelques mois après la résection, elle voyait sa jambe se fléchir sur la cuisse et graduellement la flexion se fit jusqu'à angle *aigu*, 84°. L'autre malade se présentait avec une flexion à angle droit et un genou globuleux : une tumeur blanche fistulisée à deux endroits, au côté externe.

A la première de ces malades, il fut fait une ostéotomie sus-condylienne—procédé MacEwen—suivie d'immobilisation en extension dans un plâtre. Suites opératoires parfaites. L'innamovible ouvert hier, cinq semaines après l'opération, a montré que la consolidation n'était pas complète encore ; mais le membre est, dans une excellente position rectiligne. L'immobilisation sera continuée jusqu'au bout de douze semaines et l'on peut déjà assurer à cette fillette une guérison parfaite.

La seconde, tuberculeuse en activité, fut traitée différemment. D'abord ouverture des fistules au thermocautère et évidemment d'un clapier sous-cutané péri-articulaire, cautérisation des parois de l'abcès. Puis section à ciel ouvert des tendons des fléchisseurs et pansement à plat sans suture cutanée. Extension modérée qui corrige en partie la flexion et immobilisation en un plâtre. Depuis, trois semaines après, pansement et extension plus marquée ; en deux ou trois séances, espacées de deux à quatre semaines, le redressement complet aura été opéré et dès lors l'innamovible maintiendra le membre en position corrigée. Il faut donc, après redressement de l'article ou tout au moins sa correction la plus propice, l'immobiliser. On fixera le membre dans un plâtre. Peut-être quelques détails seront-ils d'utilité pratique.

Le membre est d'abord enveloppé d'une couche de quatre ou mieux de coton absorbant en faible épaisseur. Ceci fait, on enroule des bandelettes de gaze à tissu très lâche, imbibées à sec de fin plâtre de Paris et ramollies au moment de s'en servir par immersion dans l'eau. Pour donner de la solidité à l'appareil on inclura dans son épaisseur des lames de ferblanc. Jusqu'à durcissement parfait du plâtre on maintiendra le membre dans la position corrigée ; c'est

d'importance. On gardera le malade sous observation pendant une couple d'heures afin de prévenir tout œdème du membre ou asphyxie de l'extrémité résultant d'une trop forte compression.

Il est cependant quelques points spéciaux qui demandent attention. Ainsi pour la hanche l'appareil partira du pied pour monter jusqu'aux aisselles : c'est là le seul moyen d'assurer une immobilisation parfaite de l'article, et Kirrnisson n'y manque jamais. C'est également la pratique de Von Bergmann, de Berlin, comme d'ailleurs tous les chirurgiens qui s'occupent d'orthopédie ont insisté sur la nécessité de faire remonter haut la ceinture plâtrée. On aura soin de bien protéger de ouate les saillies de la hanche, et pendant tout le temps que l'appareil sera appliqué et séchera, un aide maintiendra la jambe en abduction légère et rotation externe.

En la clinique de Schede, à Bonn sur Rhin, nous commençons par passer sur le membre ou le tronc un tricot, véritable maillot qui protégeait la peau en s'y maintenant étroitement accolé. Les hanches étaient protégées d'une couche de feutre épais et mou, de même aux omoplates et au creux épigastrique—*the dinner pad*—pour le corset.

Quant au genou, nous employons beaucoup dans le service de Kirrnisson une attelle plâtrée à la façon de la gouttière de Maisonneuve : une dizaine de feuilles de tarlatane bien imbibées de plâtre forment à la fois attelle postérieure et, remontant sur les côtés, viennent vers la crête tibiale ; on donne un coup de ciseau à la cheville pour faciliter la position équerre du pied. Quelques tours de toile épaisse fixent la tarlatane et un aide maintient dans la bonne position jusqu'à solidification complète.

Outre le plâtré nous avons aussi à notre disposition pour le membre inférieur *l'immobilisation par l'extension continue*. Volkmann eut le mérite d'en simplifier l'usage (1), en même temps que Schede et Czerny en Allemagne, Howard Marsh en Angleterre, et Monod et Bœcket en France en vulgarisaient l'emploi.

Qui ne sait les bandelettes de diachylon et le traîneau de Volkmann, et surtout quel élève de Laval ne se rappelle notre excellent maître le Dr Brosseau en ses cliniques, appelant avec quelle insistance notre attention sur les avantages de l'appareil. Si simple d'application et si utile : trois bandelettes de diachylon, qui, partant en éventail de l'extrémité supérieure de la cuisse (pour l'arthrite coxo-fémorale) viennent en convergeant faire sangle *très lâche* sous la plante du pied pour remonter sous le côté opposé accoler leurs chefs

(1) Volkmann.—Berl. Klin. Woch. 1868.

également divergents. Des circulaires de diachylon sur les saillies osseuses les maintiennent fixes.

Il est quelques détails d'importance dans l'application de cet appareil : bien protéger de ouate les malléoles et le talon, et prendre soin que la planchette sous talonnière à laquelle sera fixée la traction soit plus large que la distance bi-malléolaire.

Le poids qui sera fixé par une corde à la planchette variera suivant l'âge du sujet, de cinq à dix livres, une moyenne de huit pour adulte. Je n'insiste pas sur le traîneau de Volkmann : tous le connaissent et en savent l'efficacité pour assurer une traction facile, une immobilité plus complète et ménager le talon par le fait d'une protection plus parfaite.

Doit-on faire la contre-extension par une cravate sous-périnéale ? Non, le poids du corps suffit. Au surplus on élèvera le pied du lit par des billochets et on aura soin dans tous les cas, chez les adolescents et les adultes, de placer, appuyée au pied du lit, une boîte matabassée vis-à-vis le pied *sain*, qui s'y appuiera : de la sorte le pied du membre malade sera empêché de venir buter contre l'appareil à extension.

Cette méthode d'extension continue a fait ses preuves et la *Distraction's Methode* de Volkmann a depuis longtemps par ses succès acquis droit de cité en thérapeutique chirurgicale. Est-ce par un véritable écartement des surfaces osseuses articulaires et une diminution de la pression intra-articulaire que ce traitement agit si bien ? Il serait difficile d'affirmer. König, qui a si bien étudié les affections tuberculeuses (1), le prétend ; Albert, de Vienne, le nie, et des observations de Lannelongue ont montré que l'extension augmentait la pression intra-articulaire ; par contre, Lannelongue (2), à la suite d'expériences, affirme avec König l'écartement osseux et c'est à cette opinion que Reclus se rattache aussi.

Quelle que soit la cause absolue, on ne saurait nier que la suppression des chocs dus aux mouvements, ces traumatismes tout faibles qu'ils puissent être, soit pour une des causes principales des bons effets de la méthode.

En face d'une tumeur blanche du membre inférieur, laquelle des deux choisirons-nous, l'immobilisation par l'extension de Volkmann ou par le plâtre ? Car elle n'est pas indifférente. Il est évident

(1) König.—Die Specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke.—Berlin, 1896.

(2) Lannelongue.—Soc. Chir., février 1886.

que pour le membre supérieur il ne saurait être question que de l'appareil au plâtre de Paris. L'expérience vient ici dire son mot et c'est le meilleur maître. Aux enfants, à ces petits *agilés*, gardons le plâtre : il les immobilisera bon gré mal gré et c'est là ce que nous cherchons ; l'extension continue y réussirait à demie. Pour les adolescents et les adultes raisonnables, la méthode de Volkman suffirait.

Dans la grande majorité des cas l'immobilisation sera insuffisante. Là où elle aura ses succès sera au traitement de ces hydarthroses simples, à répétition, malgré les fonctions aspiratrices répétées. Nombre de ces hydarthroses ne sont accompagnées d'aucune tuméfaction osseuse, d'aucune fongosité sensible à l'examen externe ; et pourtant l'on ne saurait rejeter la possibilité de la tuberculose naissante. Évidemment le traumatisme, la syphilis, le tabès, en certaines instances sont responsables, mais ailleurs on ne découvre aucune cause ; on les dit alors *essentielles*, manière de cacher notre ignorance d'un processus pathologique que nous ne pouvons découvrir.

Ici donc, l'immobilité et la compression pourront enrégistrer des succès. Mais dans la plupart des cas il faudra en plus avoir recours au

Thermocautére.

Les simples pointes de feu "superficielles, cutanées" suffiront-elles ? En quelques cas, oui, surtout dans les cas de tuberculose à son début. Mais si l'on se trouve en face de fongosités nettement senties, de suppuration et surtout de fistules, alors c'est à

L'Ignipuncture profonde

qu'il faut avoir recours.

Ce n'est plus la platine ordinaire du thermo, mais une véritable pointe longue de $\frac{3}{4}$ de pouce et effilée. On la plonge en plein tissu tuberculeux, fongosités simples ou ramollissement osseux. Sur un genou il sera fait par exemple jusqu'à 40 ponctions profondes. Dans les cas de décollements cutanés on aura garde de ne pas trop rapprocher les pointes dans la crainte de gangrène. Avec grand soin nous cautériserons les trajets fistuleux ; après quoi nous recouvrirons l'article d'une compresse de gaze iodoformée, et un plâtre fera l'immobilisation.

Ce fer rouge a une action véritablement curative sur les lésions tuberculeuses. Il détermine un processus fibreux qui, s'il n'envahit

pas de partout le tissu tuberculosé, au moins isole le tubercule et lui coupant son apport sanguin le prive de vie en même temps qu'il lui ferme la voie à la pénétration dans l'économie. Il suffit d'avoir suivi les effets de la galvano-puncture sur des plaques de lupus et d'en avoir étudié les stades d'évolution sous la lentille du microscope pour en comprendre l'importance. Et d'ailleurs l'expérience est là. L'école de Lyon en a méthodisé la technique et fait voir les effets. Et je puis voir même depuis des mois les résultats heureux de cette méthode chez des malades du service de Kirmisson, les uns encore à l'hôpital, les autres revenant à la consultation faire constater leur état.

Non pas que le thermo, *partout* où il fonctionne, amène la guérison, mais il est un adjuvant utile auquel le chirurgien aura souvent recours.

Injections médicamenteuses.

Toute une gamme de substances modificatrices ont été tour à tour proposées et employées, depuis la Teinture d'Iode jusqu'à l'Acide Phénique et au nitrate d'argent. Aujourd'hui l'iodoforme et le naphthol camphré sont les plus en faveur. Brun, aux "Enfants Malades", donne sa préférence au naphthol camphré. Mais c'est l'iodoforme qui a la majorité des suffrages, pour avoir donné les meilleurs résultats. Kirmisson, comme d'ailleurs assez généralement en France, emploie l'éther iodoformé à 10 0/0 ; en Allemagne, c'est à l'huile ou la glycérine iodoformée, en proportion de 10 à 20 0/0 qu'on a recours. Le mélange de Volkmann est ainsi composé :

Iodoforme.....	50 grammes
Gomme arabique finement pulvérisée.....	23 —
Glycérine.....	83 —
Eau distillée.....	500 —

L'iodoforme y est donc en suspension à raison de 8 0/0.

Indications : On emploiera les injections iodoformées dans les cas d'abcès et de simples fongosités. Dans celles-ci l'aiguille est introduite en plein tissu néoplasique et l'injection poussée sous pression : on fera les injections multiples.

Dans le cas de collection purulente, on évacuera au moyen de l'aspirateur de Potain ou Dieulafoy, puis on injectera le mélange iodoformé. Il est évident que l'on pourra injecter une plus forte quantité du mélange huileux ou glyceriné que d'éther. En Allemagne, on emploie de plus fortes quantités qu'ici, et Krause a été jusqu'à 20 et 30 c.c., soit une once.

L'injection d'éther est douloureuse et suivie en quelques instants d'un gonflement marqué de la partie, dû à la volatilisation de l'éther sous l'effet de la chaleur.

En face d'une collection purulente au voisinage d'une articulation, il ne faut pas se hâter de la dire d'origine articulaire. N'oublions pas les abcès extra-articulaires. On en sait la fréquence relative au genou et König (1) nous en a indiqué la raison. A l'épiphyse fémorale les noyaux d'ossification sont plus près de la face postérieure des condyles et de leurs côtés, que du cartilage articulaire : d'où il s'en suit que l'abcès osseux de l'extrémité inférieure du fémur s'ouvrira de préférence en arrière et aux côtés mais non à l'intérieur de la capsule articulaire. N'oublions pas non plus la bourse olécranienne et la bourse trochantérienne où peut se localiser le processus tuberculeux et se former un abcès.

Le traitement par les injections iodoformées donne des résultats ou ne peut plus encourageants. Les chirurgiens d'outre Rhin dans leurs derniers congrès en ont loué l'efficacité et Brun, tout interventionniste armé qu'il soit, a présenté des résultats réellement beaux. Une moitié de ses cas auraient complètement guéri sous ce traitement. Les résultats les moins satisfaisants ont été constatés pour les coxalgies.

Il nous reste à parler du procédé de Lanelongue ou

Méthode Scclérogène.

Le but du maître français est d'agir à la périphérie de la lésion et de déterminer soit dans la couche de tissus tuberculeux excéntriques ou sur les éléments normaux un processus sclérogène. Les fongosités tuberculeuses évoluent vers l'organisation conjonctive en même temps que les tissus sains périphériques. Dès lors le processus tuberculeux isolé par cette *coque* fibreuse ne saurait s'étendre, et les vaisseaux sanguins y étant à peine développés tandis que les lymphatiques s'y trouvent absents, il y a impossibilité pour lui de propager au loin ses toxines et ses microbes.

Mode d'emploi.—C'est la solution de chlorure de zinc à 10 0/0 qui est employée. On ne doit pas injecter dans les cavités articulaires non plus que sous la peau. Quant à la quantité on peut aller jusqu'à 20 et 25 gouttes autour du genou d'un enfant de cinq ans.

(1) König,—Loc. cit.

Les injections seront isolées, et on poussera l'aiguille au pourtour des lésions tuberculeuses, jusqu'à ce que l'on sente le tissu osseux résistant : c'est là que l'on déposera les quelques gouttes de la solution, pour aller piquer plus loin. La compression et l'immobilisation suivront les injections.

Résultats.—Comme pour les injections iodoformées, le chlorure de zinc réussit mieux au pourtour de certaines articulations. À la hanche et à l'épaule, il donne peu de succès ; au poignet et à la cheville il agirait mieux.

Il est évident que c'est dans la forme fongueuse qu'il aura sa meilleure action et plus limitée sera le processus tuberculeux, plus grandes seront les chances de guérison.

Résultats du Traitement Conservateur.

La grande condition pour la réussite par ces méthodes dites de conservation est qu'elles soient employées en temps. Moins l'affection sera vieille, meilleur sera le pronostic.

À quoi il faut ajouter l'état général et la possibilité pour le malade d'une nourriture des plus fortifiantes, de toniques et l'absence au grand air et au bord de la mer : l'air salin, voilà un adjuvant de tout premier ordre.

Il ne faut pas se laisser décourager par la longueur du traitement. L'immobilisation de l'article doit être prévue pour des semaines et des mois. Basant son observation sur 321 cas, Bruns affirmait au congrès des chirurgiens allemands, en 1894, qu'il fallait compter quatre années comme moyenne de traitement pour la coxalgie.

Sasse (1) d'après 57 cas observés dans le service de Bergmann, disait comme suffisant 1½ an, ce qui est trop peu dans la généralité des cas. Ce n'est pas comme limite expresse de l'immobilisation que je cite ces données, car chaque cas porte ses indications en soi, mais bien pour insister sur la longueur du traitement et mettre en garde contre un permis trop précoce de mouvements.

Et maintenant comme résultat ultime, que pouvons-nous espérer et promettre à la famille.

Pour le membre inférieur il y a un raccourcissement certain en perspective, ne l'oublions pas. Et si nous avons affaire à une coxalgie suppurée, attendons-nous à un raccourcissement maximum jusqu'à six et huit centimètres.

(1) Sasse.—Archiv. fur Klin. Chir., 1896.

Au point de vue *ankylose*, on pourra parfois espérer l'éviter chez de bien jeunes enfants et si le traitement commencé tôt est tôt suivi de bons résultats. Cependant l'ankylose pour l'articulation de la hanche ne doit pas être regardée comme un mauvais résultat, dans bon nombre de cas : elle met l'articulation à l'abri des chocs répétés, supprime la cause d'irritation et assure par là même une guérison plus persistante. Autre chose est, si l'enfant est affecté d'une *double* coxalgie : alors l'ankylose en ferait un véritable impotent.

Quant au genou, l'ankylose absolue est moins fréquente que dans la coxalgie. De plus elle ne semble pas autant que dans l'articulation de la hanche nécessaire à une guérison permanente. On l'espérera davantage dans les arthrites non suppurées, traitées de bonne heure et vite améliorées.

König, recherchant la raison de cette pseudo-arthrose consécutive, a été frappé dans ces cas de la persistance du cartilage sur les deux points opposés des surfaces articulaires, avec cloisonnement de ces îlots sains, et il en affirme la cause majeure. Il y a tout aussi lieu de tenir en ligne de compte la mobilité de la rotule.

Quant au bras, l'ankylose doit être évitée si possible, car le jeu libre des articulations est ici plus nécessaire qu'au membre inférieur. Ainsi mobilisation plus tôt ; mais si les premières tentatives sont suivies de la reprise des douleurs, de l'élévation de température, de récidive d'hydarthrose, alors on remettra au plâtre.

Mais malgré l'immobilisation, l'ignipuncture et les injections médicamenteuses, souvent, très souvent même le processus tuberculeux continuera son évolution ; des fistules s'ouvriront, le malade maigrira, verra son appétit diminuer et deviendra hectique sous l'effet de l'infection mixte.

Alors, si en vain des meilleurs soins hygiéniques, des lavages locaux et de l'antiseptie la plus sévère, le patient dépérit graduellement, il y aura lieu de songer à intervenir plus énergiquement. C'est de ce traitement opératoire que je dirai dans une prochaine communication.

Paris, juillet 1899.

TREKAKI.—Les Greffes urethérales, par le Dr P. TREKAKI, in-16, pages 138, 1899, chez A. Maloine, éditeur, 23-25, rue de l'École de Médecine, Paris.

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES.

Séance du 4 Mai 1899.

*Présidence de M. Joyal.**Discussion. (1)*

L'APPENDICITE : SYMPTOMES, PATHOGÉNIE, ET TRAITEMENT.

Pour donner suite au vœu exprimé par les membres du Comité d'Études Médicales à la séance de clôture de l'année 1898-99, nous remettons à l'automne la publication des travaux présentés par M. le professeur DEMERS et M. MARIEN, et nous ne donnons qu'un résumé de ces travaux et de la discussion qui suivit. Le traitement de l'appendicite est resté à l'ordre du jour pour les premières séances de l'année 1899 1900, et il a été convenu que le sujet serait repris en entier à ces séances afin d'en donner une revue complète. Les membres ont aussi pensé qu'il valait mieux publier le tout ensemble.

Le professeur DEMERS parle longuement de l'étiologie et de la symptomatologie de l'appendicite, et sa conférence est illustrée par des dessins coloriés à la craie sur le tableau noir. Il signale tout d'abord les diverses positions (plongeante, transversale, oblique, postérieure au cœcum) que peut prendre l'appendice, ce qui rend souvent, en cas d'inflammation, le diagnostic fort difficile. Il signale aussi l'absence fréquente de la valvule de Gerlach, ainsi que l'étroit diamètre de la cavité de l'appendice. Ce dernier point lui fait rejeter comme cause fréquente de l'appendicite l'introduction d'un corps étranger venu de l'intestin. Il croit plutôt à la fréquence de la lithiase appendiculaire, qui peut être provoquée par l'introduction de matières fécales liquides dans le canal. Les concrétions, une fois formées, obturent le canal et créent la cavité close. Cette cavité close, et la pullulation des germes qui y fait suite, peut être aussi produite par l'enroulement de l'appendice sur son méso, ou encore par une compression qu'exerce une bride inflammatoire péritonéale.

La fréquence avec laquelle les américains pratiquent la laparotomie exploratrice, depuis 1888, a permis de bien étudier les diverses phases de l'appendicite, que l'on confondait avant cette époque avec la typhlite.

—Le professeur décrit alors la triade symptomatique signalée par Dieulafoy : douleur au point de McBurney ou dans les environs, défense musculaire, hypéresthésie cutanée. Si la cavité close donne naissance à un abcès, on aura des symptômes de péritonite, d'abcès

(1) Cette discussion a été continuée durant la séance du 18 mai.

aréolaire, de gangrène, de phlébite. Lorsqu'il y a formation de pus, l'œdème de la peau sus-jacente donne naissance au plastron abdominal; en palpant la paroi de l'abdomen, on a la sensation du carton mouillé.

Le début de l'appendicite peut être aigu. il peut être aussi insidieux. Mais on n'est jamais sûr de la marche de la maladie, qui peut à tout moment prendre une tournure rapidement fâcheuse. Aussi le professeur Demers est-il en faveur de l'intervention chirurgicale hâtive dans les cas d'appendicite, surtout lorsqu'il s'agit de récidives.

M. Marien donne assez longuement, avec dessins au tableau noir, l'anatomie pathologique de l'appendicite; ce travail sera donné de nouveau à l'automne, et nous le publierons alors.

Les Drs MERRILL, MIGNAULT et DUBÉ insistent sur la lithiase intestinale comme cause fréquente de l'appendicite. A la maternité, dans les autopsies de bébés morts de gastro-entérite, le Dr Dubé a rencontré fréquemment de la matière fécale dans l'appendice. Cette matière fécale peut fort bien former des calculs qui restent muets pendant des années, et font éclater un bon jour, à l'occasion d'une maladie infectieuse ou autre, une attaque d'appendicite. A l'Hôtel-Dieu, il est fréquent de trouver chez les grandes personnes mêmes, mortes d'une maladie générale ou organique, des calculs appendicéaires dont la présence ne se manifeste qu'à l'autopsie.

Le Dr de GRANDPRÉ signale les appendicites par propagation d'une inflammation du voisinage (rectite, ovarite) ou de cause générale (tuberculeuse).

L'appendice, dit M. MARIEN, doit être considéré comme un ganglion lymphatique qui réagit vivement, et son infection se fait fréquemment par voie lymphatique. Il faut se rappeler que le point de départ d'un calcul est toujours une inflammation locale, causée le plus souvent par un corps étranger. La formation des calculs n'est possible qu'avec la nécrose des cellules. Le cadavre de la cellule devient le point de départ du calcul. L'appendice étant un sac suspendu, les calculs formés dans son canal ne peuvent pas être expulsés comme ceux des reins ou du foie.

Le Dr LESAGE insiste sur les difficultés fréquentes du diagnostic de l'appendicite. Souvent les symptômes sont obscurs, et font hésiter le médecin.

Le Dr BENOIT rapporte deux cas d'appendicite. Le premier cas, un jeune belge récemment arrivé au Nord-Ouest, fut traité médicalement (immobilité au lit, sac de glace sur l'abdomen, opium, lavements), faute de pouvoir l'opérer. Il guérit très bien sans suppuration (1) Le second cas, qui fut l'objet d'une consultation à l'hôpital Notre-Dame, était déjà porteur d'un abcès appendiculaire, et l'intervention chirurgicale seule put le sauver. L'appendicite peut guérir sans être opérée. La théorie de l'intervention chirurgicale hâtive est très séduisante, et certainement très rationnelle, mais on verra

(1) *Appendicite sub aigüe; traitement médical, guérison.*—Union Médicale du Canada, 1894, p. 121, et *Sajous' Annual*, 1895, Vol. I.

que son application pratique n'est pas toujours facile, quand on tient compte des circonstances.

Sir William HINGSTON est d'avis que l'on opère trop souvent et trop à la hâte des cas d'appendicite, ou supposés tels, sans que le diagnostic soit certain. Il ne faut pas se hâter, dit-il, mais chercher les signes certains de la maladie, et n'opérer que les cas très sûrs. Lui-même a retardé d'opérer des patients qui ont guéri, et il cite par contre des cas où une laparatomie pour appendicite a fait découvrir un appendice sain, ou des lésions des annexes utérines, des hernies internes, etc. Sir William Hingston n'opère que les cas d'appendicite certains, et seulement lorsqu'il juge l'opération indiquée; il blâme fortement la conduite de certains chirurgiens américains qui semblent faire de l'opération de l'appendicite une question commerciale. Comme traitement médical, il prescrit le repos au lit, les laxatifs (huile de graine de lin), les lavements, et chez les femmes les injections vaginales. Il ne prescrit pas l'opium.

Séance du 18 Mai 1899.

Présidence de M. Manseau

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE SUIVIE DE MORT SUBITE.

M. HERVIEUX rapporte l'observation d'une jeune fille idiote, âgée de 20 ans, et entrée à l'Hôtel-Dieu le 8 mai, avec une hémiplegie droite accompagnée d'aphasie et de fièvre. La petite malade, qui ne se sentait pas bien et ne pouvait travailler, depuis quelques jours, était allée chercher sa paye le samedi, et avait été frappée en rentrant chez elle. On entendait un souffle cardiaque et il existait une légère congestion pulmonaire. On porta le diagnostic d'endocardite au cours de la fièvre typhoïde, compliquée d'embolie et d'hémorrhagie cérébrale. La malade mourut le 16 mai.

Le Dr DUBÉ trouva à l'autopsie les plaques de Peyer absolument indemnes. La rate, les reins et le foie étaient congestionnés. L'hypertrophie du foie est prononcée, le lobe pulmonaire inférieur gauche est splénisé. Le cœur est de volume normal. Sur la valvule mitrale existent des végétations récentes très marquées. La carotide gauche est complètement fermée par une embolie, venue probablement des végétations. En examinant les organes génitaux, on trouve dans une des trompes un liquide louche dont l'examen bactériologique n'a pas été fait. Ce fait cependant établit la possibilité d'une endocardite végétante d'origine blennorrhagique.

La discussion de cette observation porte sur la nature de la maladie. Le professeur DEMERS est porté à croire, bien que l'observation soit très incomplète, que le cas est un exemple de l'endardérite syphilitique signalée par Lancereaux; mais il faudrait pour s'en assurer connaître les antécédents de la malade. Cette hypothèse est combattue par le Dr HERVIEUX, qui n'a constaté chez la malade

aucun stigmate, aucun trouble artériel, en même temps qu'elle avait une fièvre forte indiquant une maladie aiguë, par le Dr DUBÉ, qui trouve que l'hypertrophie du foie est plutôt de nature infectieuse que d'origine cardiaque (le cœur n'ayant pas souffert d'asystolie), et par le Dr MARIEN, pour qui les lésions trouvées à l'autopsie indiquent un processus aigu, et non chronique comme dans la syphilis.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE (Suite).

M. LESAGE, de la Faculté de Paris.

DIAGNOSTIC (Suite).

La découverte de l'agglutination éberthienne, si féconde en clinique, devait conduire à des recherches au point de vue de la nature de la substance agglutinante, de sa formation et de son origine. Les chercheurs ont été nombreux. Les travaux admirablement bien conduits, mais on n'est pas encore éclairé suffisamment sur la genèse de ce phénomène; il n'est pas possible de conclure *ad rem*. Cependant je me permettrai d'analyser avec vous certains travaux dirigés dans ce sens.

L'on s'est demandé si un ou plusieurs organes concourent dans la formation de cette substance et si les glandes internes, surtout celles qui sont le théâtre de l'infection, ne jouaient pas aussi le principal rôle dans la défense contre la maladie. C'est ainsi que plusieurs auteurs (Widal, Sicard, Achard, Courmont) sont arrivés à rechercher la répartition de la substance agglutinante dans les principales glandes à sécrétion interne, ou dans d'autres points de l'organisme infecté.

Dans l'organisme.—On a trouvé que la séro-réaction était *positive* dans les sérosités des vésicatoires, de la plèvre, du péricarde, du péritoine et des méninges, (Widal et Sicard, Achard, Weinberg) un seul cas rapporté par Ménétrier décembre 1896 donna une réaction *négative* à la suite d'un examen fait du liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse chez un typhique convalescent dont le sang avait donné une réaction positive quelques jours auparavant. M. Widal expliqua ce fait par l'hypothèse suivante, à savoir, que dans un grand épanchement, le liquide pleural a transsudé trop vite pour avoir les propriétés agglutinantes du sérum sanguin?..... Le liquide céphalo-rachidien a donné des résultats négatifs. Au contraire, des résultats positifs ont été obtenus avec le liquide d'œdème et le pus des typhiques (Catrin, Widal, Sicard).....

Dans les glandes.—Le lait et les urines ont donné des résultats *positifs* aux mêmes auteurs. A propos de la transmission du pouvoir agglutinant par le lait, Messieurs Landouzy et Gresson (1) ont rapporté une observation type. Jusque là M. Widal avait pu, en conférant par des injections immunisantes, au sérum d'une souris qui venait de mettre bas, un pouvoir agglutinant intense, voir la propriété agglutinante passer dans le sang des petits allaités; mais, à ce phénomène

(1) Société de Biologie, Nov. 1897.

de transmission chez la souris manquait une sanction clinique ; voici l'observation telle que rapportée par M. Landouzy.

Une femme de 19 ans, présentant, trois mois après son accouchement, une fièvre typhoïde de moyenne intensité, entre à l'hôpital Laennec, dans le service du professeur Landouzy, avec son bébé qu'elle a allaité jusqu'à sa venue à l'hôpital. Cliniquement, la fièvre typhoïde (deuxième septenaire) est évidente ; le séro-diagnostic est positif. L'enfant allaité a l'air d'être en parfaite santé. L'idée vint cependant de rechercher dans son sang la propriété agglutinante ; le résultat est *nettement positif*.

La salive a été négative ainsi que la sueur normale. Les larmes, l'humeur aqueuse et la bile ont donné des résultats contradictoires, tantôt positifs, tantôt négatifs (Widal, Sicard, Thiercelin, Le noble, Bormans).

Le passage de la substance agglutinante à travers le placenta a été constaté dans le sang des petits d'une lapine inoculée depuis six jours avec du bacille d'Eberth (Widal, Sicard).

Messieurs Mossé et Dannic ont observé pareil fait chez un nouveau-né dont la mère avait eu la fièvre typhoïde au 1er mois. Cependant à cette règle générale il y a eu des exceptions relevées par MM. Charier et Apert (nov. 1896).

Ces résultats ont suggéré à certains auteurs l'idée de rechercher l'origine de cette substance. Ils ont essayé d'établir si le rôle des leucocytes, invoqués pour la production d'autres substances analogues, s'exerçait sur la production de la substance agglutinante. Leurs expériences prouveraient que, en dehors de l'organisme, les leucocytes *ne dégagent pas de substance agglutinante*. (Achard, Widal).

Nature de la substance agglutinante. — Après en avoir cherché sans succès l'origine, on s'est attaché à en connaître la nature, qui paraît être albuminoïde. En effet, MM. Widal et Sicard, par des expériences de filtration, ont montré "que les substances albuminoïdes telles que le fibrinogène, la globuline ou la caséine, isolées des humeurs d'un typhique, enlèvent à la liqueur primitive la propriété agglutinante et la retiennent à leur profit ; elles l'abandonnent dans leur solution et la fixent de nouveau dans leur précipité." Ces expériences furent suivies d'autres essais non moins intéressants à l'effet d'établir les *qualités de résistance* de cette substance agglutinante.

MM. Widal et Sicard, et plus tard Johnston et McTaggart prouvèrent sa présence après dessiccation par l'action agglutinante du sang desséché. MM. Widal, Achard, Nicolle, Hayem, etc., en faisant agir des températures élevées sur du sérum ou du lait de typhique, démontrèrent que à 60° c. le pouvoir agglutinant n'était pas détruit ; il était modifié à partir de 66° et se perdait à 75°. M. Achard, de plus, établit par des expériences personnelles, que, l'exposition au soleil pendant un certain temps n'enlevait à cette substance agglutinante aucune de ses propriétés.

Les travaux remarquables que je viens d'analyser établirent plusieurs points intéressants à connaître au sujet de la substance agglutinante à savoir : sa nature albuminoïde probable et sa résistance

assez grande aux différents agents : sa présence constante dans le sang, très fréquente dans les sérosités, et son passage inconstant à travers le placenta.

S'inspirant des recherches antérieures, un élève de l'école de Lyon, M. Courmont, s'attacha à élucider deux points principaux qu'il résume comme suit : (a) Y a-t-il des organes spéciaux qui fabriquent cette substance, et d'autres qui la détruisent ? (b) Quelles sont les conditions biologiques favorables à sa production ou pouvant l'entraver?... Les expériences sont au nombre de neuf faites à l'autopsie de typhiques. Sans entrer dans les détails fournis par cet auteur, les résultats donnés établissent les faits suivants. Au point de vue des variations d'intensité du phénomène de l'agglutination :

(a) La réaction la plus vive est obtenue avec le sang de la circulation générale qui conserve, même après la mort, son pouvoir agglutinant.

(b) Le liquide des séreses donne une réaction à peu près constante. Les cas où elle est négative (cas de Menetrier) s'expliqueraient par la présence *anormale* dans le liquide de la plèvre du bacille d'Eberth, lequel s'opposerait *in loco* à la formation de la substance agglutinante. Cette dernière hypothèse serait plus vraisemblable que celle de M. Widal reposant sur la rapidité de formation de l'épanchement pour expliquer l'absence de réaction.

(c) Les glandes à sécrétion interne sont indifférentes et ne jouent aucun rôle soit dans l'augmentation soit dans la diminution du pouvoir agglutinant.

(d) Les glandes à sécrétion externe (foie, rein) contribuent à *affaiblir* le pouvoir agglutinant du sang. Pour le *foie* particulièrement, le sang de la *veine porte* est $\frac{1}{3}$ de celui du sang en général, celui du foie ou des veines sus-hépatiques est $1\frac{1}{5}$; la différence est frappante.

La *rate* a donné à peu près les mêmes résultats, c'est-à-dire que l'examen du sang splénique a donné un pouvoir agglutinant quinze fois moins fort environ que celui du sang de la circulation générale. Ce dernier résultat montrerait que la rate est l'organe qui soustrait le plus au sang son pouvoir agglutinant, et expliquerait pourquoi la veine porte contient déjà deux fois moins de substance agglutinante que le sang de la circulation générale ; la rate lui en aurait enlevé la majeure partie. Les *ganglions mésentériques* agissent également dans le sens du foie ou de la rate.

Ces faits portant sur la diminution du pouvoir agglutinatif du sang au sortir de certaines glandes viendraient à l'appui de l'hypothèse suivante : *Les organes infectés par le bacille d'Eberth renferment très peu de substance agglutinante.* Au reste, les conclusions sont difficiles, mais l'analyse des expériences qui ont été faites dans ce sens justifie apparemment du moins les opinions émises plus haut.

(e) En dernier lieu, les organes infectés par le bacille d'Eberth, ou directement intoxiqués par ses sécrétions (foie, rein, rate, ganglions mésentériques) renferment très peu de substance agglutinante.

Ce fait semblerait dû à un antagonisme direct entre celle-ci et le bacille ou ses sécrétions (Courmont).

Avec ce dernier auteur nous pourrions faire une dernière hypothèse comme conclusion de ce chapitre : " La substance agglutinante se forme dans le sang par réaction vitale de l'organisme et tend à lutter contre l'envahissement bacillaire en affaiblissant l'agent infectieux lui-même ; celui-ci, à son tour est antagoniste de la substance agglutinante et tend à la détruire. Cette double lutte constituerait un des modes principaux de la maladie ; lorsque le malade meurt, c'est l'action bacillaire qui l'emporte et la substance agglutinante diminue sur les points infectés ; lorsqu'il guérit, la substance agglutinante persiste dans les organes malades et contribue à la destruction du bacille qui finit par disparaître complètement."

Dans un ordre d'idées plus avancées, on a cherché à savoir si le phénomène de l'agglutination indiquait ou une réaction de la période d'infection ou une réaction de défense. L'école de Bouchard avait soutenu la théorie de la défense de l'organisme contre l'infection en général par les humeurs et les sérums, (Charrin, Roger) et l'avènement de la sérothérapie lui a donné raison dans une certaine mesure.

Gruber, en Autriche, vit dans le phénomène agglutinatif un signe d'immunité. Pfeiffer, en Allemagne, n'y attache aucune importance dans le sens de l'immunisation et reste hostile à l'atténuation des microbes par l'agglutination.

Widal, en France, étudiant ce phénomène chez des typhiques au début, s'exprime comme suit : " La production de la substance agglutinante que l'on observe pendant un temps chez les immunisés est avant tout une réaction de la période d'infection." Nicolas, poursuivant des expériences dans le but de démontrer les relations possibles entre l'agglutination et les autres propriétés des sérums, obtint des résultats contradictoires. Avec du sérum de chevaux immunisés par des injections de toxine diphtérique, il reproduit l'agglutination du bacille de Lœffler et il atténue incontestablement sa virulence ; mais il est difficile de conclure de l'animal en expérience à l'homme, aussi, lorsqu'il essaie de retracer le même phénomène avec le sérum d'enfants infectés par le Lœffler, il n'obtient aucun résultat. Donc jusqu'en 1897, il est difficile de conclure par le pouvoir agglutinant offensif ou défensif. " La formation de la substance agglutinante est probablement un procédé de protection bien qu'aucun fait ne le prouve." (Widal).

À cette époque, Paul Courmont a fait plusieurs expériences dans le but de prouver que ce phénomène d'agglutination indique manifestement un signe de défense de la part de l'organisme infecté. Il établit d'abord que le sérum typhique atténue la virulence du bacille.

Des cobayes injectés avec une culture pure d'Eberth meurent après dix à douze jours, alors que d'autres injectés avec une culture agglutinée vivent 40 jours.

Il est donc logique de conclure au pouvoir atténuant du sérum typhique sur le bacille d'Eberth. De plus, au cours des mêmes expériences, il découvre que le même sérum expérimenté à deux époques différentes de la maladie révèle des qualités opposées. Ainsi, le

sérum des typhiques recueilli *au début* de la maladie semble *favoriser* l'infection éberthienne. Des cobayes chez lesquels il injecte 3 c.c. de culture virulente d'Eberth dans le péritoine, avec le *dixième* de cette dose de sérum d'un typhique au début de la maladie, meurent dans les douze heures qui suivent, et alors que d'autres injectés avec une simple culture pure vivent plusieurs jours.

Si, d'autre part, les mêmes expériences sont répétées dans les mêmes conditions, mais à une époque *plus avancée* de la maladie, on remarque au contraire, que le sérum *vaccine* les animaux contre l'infection de l'Eberth en prolongeant la vie pendant un temps beaucoup plus long que pour les témoins.

Ces résultats nous permettent de conclure : 1° au pouvoir *atténuant* du sérum typhique ; 2° au pouvoir *favorisant* du même sérum au début de la maladie ; 3° et enfin à son pouvoir vaccinant évident à la période de convalescence, très fréquent à la période fébrile.

Mais si l'existence de ces qualités propres au sérum typhique est prouvée par l'analyse des expériences mentionnées plus haut, est-il possible d'établir *des relations entre elles*?.....

M. Widal dit : " la propriété agglutinante est loin d'être liée nécessairement aux autres qualités acquises par un sérum au cours de l'infection et de l'immunité," et les faits cliniques lui donnent raison dans les rechutes que l'on observe dans ces cas spéciaux. Au reste, si l'on étudie les courbes de l'agglutination et de l'immunité, on constate ce fait important à noter qui est le suivant : au fur et à mesure que le pouvoir agglutinant diminue, le pouvoir vaccinant augmente, et même on voit dans deux observations qu'un pouvoir agglutinant très élevé (1 pour 250) marche de pair avec un pouvoir favorisant également élevé ; on ne peut donc pas dire que l'immunité est d'autant plus forte que le pouvoir agglutinant est plus fort puisqu'ils se développent en sens inverse. Donc il n'y a aucun rapport entre les pouvoirs agglutinant et vaccinant du sérum des typhiques.

Les mêmes conclusions peuvent s'appliquer aux pouvoirs *favorisant* et *agglutinant*. Au début de la maladie, alors que le premier est très marqué, le second est très faible. Tout au plus peuvent-ils co-exister, mais cela ne suffit pas pour établir quelque rapport entre eux.

Reste à établir une relation quelconque entre le pouvoir *agglutinant* et le pouvoir *bactéricide* (1). En général, il est admis que le sérum des animaux immunisés contre un microbe est bactéricide pour ce microbe et c'est précisément dans le sérum des immunisés qu'a été observé le pouvoir agglutinant ; il semble donc naturel d'admettre une relation entre ces deux pouvoirs : agglutinant et bactéricide. Au reste, nous avons vu que l'agglutination déterminait des changements dans la *morphologie*, la *vitalité* et la *virulence* du bacille d'Eberth et de ses cultures ; or, comment expliquer ces résultats

(1) Le pouvoir bactéricide, suivant Charrin, serait "de gêner dans une mesure quelconque les parasites, que ce soit dans leur forme, dans leurs mouvements, dans leur reproduction, dans leur sécrétion, la qualité ou la dose de ces sécrétions."

autrement que par l'action du sérum spécifique. Mais comment agit-il, quels sont les agents destructeurs de ce sérum antitoxique?.. personne ne peut le dire. Toutefois les suppositions sont permises après l'expérience suivante : Si, à dix gouttes de cultures de bacilles d'Eberth vivants on ajoute, non pas du sérum, mais une goutte de sang typhique, il se produit d'abord une agglutination, puis une véritable destruction des bacilles. " Au bout de quelques minutes en effet, on peut voir les bacilles s'agglutiner en amas ; mais si on laisse le contact se prolonger, et si on examine le mélange, on ne trouve à peu près plus de bacilles agglutinés ou non ; on a beau agiter le mélange, dissocier le caillot, faire de multiples préparations microscopiques, on a peine à voir quelques amas au lieu de la grande quantité qu'on y constatait au début. Ce phénomène se produit à la température ambiante aussi bien en hiver qu'en été ; il ne s'agit donc pas de phagocytose, puisque les leucocytes meurent rapidement. Il s'agit d'une désintégration des bacilles sous l'influence du sérum au contact des cellules du sang. Ces cellules jouent certainement un rôle puisque dans un sérum pur de typhiques on ne constate pas cette disparition des amas et des bacilles. Est-ce une sécrétion spéciale de ces cellules mortes qui contribue à détruire les bacilles ? Cela est probable.....

En tout cas, le pouvoir atténuant du sérum de typhiques mélangé aux cultures n'est pas discutable et il nous paraît lié à l'agglutination ; alors que les autres propriétés du sérum (favorisante, vaccinante, etc.) changent et se succèdent aux différentes époques de la maladie, seules les propriétés atténuantes et agglutinantes persistent et paraissent intimement liées des premiers aux derniers jours de l'infection. *La formation de substance agglutinante semble donc être surtout une réaction de défense de la période d'infection, c'est-à-dire du processus de défense temporaire, laissant à l'organisme le temps de fabriquer d'autres substances définitivement protectrices et disparaissant lorsque celles-ci sont formées et ont créé l'immunité (1).*" Telles sont les conclusions possibles dans l'état actuel de nos connaissances sur le sérum des typhiques. Sans doute elles ne sont pas irrécusables ; sans doute elles ne concluent pas toujours *ad rem*, mais les hypothèses qui y sont exprimées semblent découler naturellement des expériences que j'ai rapportées et analysées. Croyons qu'elles sont véridiques, et cherchons à les asseoir plus solidement encore sur des faits plus nombreux, ou bien si nous doutons de leur justesse, cherchons encore par un autre ordre de faits non moins intéressants à instruire le monde médical sur la genèse de la diagnose typhique !.....

Ces études biologiques si intéressantes ont suggéré à M. Courmont, de Lyon, l'idée de chercher à établir le pronostic de la maladie par l'intensité plus ou moins grande du pouvoir agglutinatif. Ce dernier démontrant aussi une intensité égale de réaction de la part de l'organisme infecté. Il conclut comme suit de ses recherches ingénieuses.

(1) Courmont.—Lyon, 1897.

“ D'une façon générale, l'élévation du pouvoir agglutinant est par elle-même d'un bon pronostic, surtout si elle atteint un chiffre élevé au moment où la température commence à céder ; dans ce dernier cas, elle nous a toujours annoncé une guérison définitive. Inversement, un pouvoir agglutinant peu élevé, une courbe agglutinante basse, oscillant, surtout à partir de la fin du second septenaire, est d'un pronostic défavorable. C'est le plus souvent l'indice d'une forme grave et prolongée de la maladie, ou bien dans les formes légères, cela doit faire redouter une rechute. La descente de la courbe agglutinante sans défervescence thermique paraît d'un très mauvais pronostic.”

Ces déductions paraissent des plus logiques, mais il semble qu'elles n'aient pas été confirmées jusqu'ici par les auteurs autorisés qui se sont occupés de cette question. En tout cas, après tous les travaux que j'ai passés en revue il est permis de dire que le plus tôt on trouvera les moyens de provoquer l'augmentation du pouvoir agglutinant chez le typhique, le plus tôt on aura atteint le but de la sérothérapie.....

En résumé, nous empruntons à M. Milian ses conclusions, dans un travail publié récemment sur la question : (1) du séro-diagnostic.

Causes d'erreur : 1° Amas microbiens spontanés de certaines cultures. Vérifier par l'examen microscopique celle qu'on emploie avant de pratiquer le mélange.

2° Il y a toujours quelques amas produits au cours des réactions quelles qu'elles soient. Pour que ceux-ci soient caractéristiques, ils doivent être nombreux et volumineux.

3° Certains sérums non typhiques agglutinent à 1/10 et même à 1/40. Aussi est-il bon de confirmer la réaction à 1/10 par une réaction à une dilution plus étendue 1/50 ou 1/100 par exemple.

4° Les amas peuvent passer inaperçus si l'on immobilise la vis micrométrique au niveau des globules rouges, ceux-là flottant sur un plan superficiel par rapport à ceux-ci.

Lorsque la réaction est négative, cela n'exclut pas d'une manière absolue le diagnostic de la fièvre typhoïde, mais le rend seulement moins vraisemblable, surtout si l'examen est pratiqué à une époque avancée de la maladie.

Lorsque la réaction est positive, elle révèle avec une certitude absolue, non pas seulement la fièvre typhoïde, mais l'infection éberthienne en général. Pourtant, avant d'affirmer que l'infection actuelle relève bien du bacille d'Eberth, il faut s'enquérir des antécédents du malade car certains typhiques conservent pendant des années un sérum doué du pouvoir agglutinatif. (Milian).

Telles sont, Messieurs, les acquisitions nouvelles de la science expérimentale appliquées à la clinique en ce qui concerne le séro-diagn. stic.

Ces faits nombreux et authentiques constituent un dossier important pour l'époque actuelle, et ils doivent être assez éloquents pour convaincre les esprits les plus sceptiques, même ceux qui se récla-

(1) Presse Médicale, octobre 1898.

ment exclusivement des théories hypocratiques, de la valeur inappréciable des doctrines pasteurienues qui ont jeté la lumière la plus vive sur une foule de points obscurs jusqu'alors et qui possèdent très certainement le secret de guérisons inespérées à l'heure actuelle. Il s'agit de leur arracher ce secret et nous n'y arriverons jamais en vouant à l'exclusion toute donnée scientifique, nouvelle qui s'éloigne un peu des idées admises. L'opportunisme a fait la fortune des grands esprits contemporains; c'est lui qui leur a permis de grouper ensemble les idées les plus opposées en apparence et d'en tirer des conclusions qui ont fait l'avancement rapide de la science et la gloire de toute une génération..... Soyons donc opportunistes!.....

Séance du 25 Mai 1899.

Présidence de M. Asselin.

Présentation de pièces pathologiques.

SALPINGO-OVARITE SUIVIE D'HYDRONÉPHROSE MORTELLE.

M. MARIEN présente les organes génitaux urinaires d'une femme morte 24 heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu. L'utérus et les annexes, très inflammés, sont adhérents, et les reins sont dilatés par une hydronéphrose considérable. Les lésions paraissent de nature inflammatoire plutôt que cancéreuse. On voit donc qu'une simple salpingo-ovarite peut causer des accidents mortels.

Rapport de cas.

TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPELE PAR LE SÉRUM DE MARMORECK. de

M. DE MARTIGNY.

Messieurs,

L'érysipèle de la face est une affection assez commune au Canada. Nous en avons toujours rencontré quelques cas dans notre clientèle et chacun de nous doit avoir sur cette question de pratique courante son opinion basée sur ses recherches et sur son expérience personnelle.

C'est pour cette raison qu'il m'a paru intéressant de vous rapporter l'observation de deux cas qu'il m'a été donné de voir et de traiter durant ces deux dernières semaines. En effet, comme vous le verrez, j'ai cru devoir conseiller pour le deuxième malade, un traitement tout différent de celui que, depuis cinq jours, avait institué un confrère anglais très autorisé.

Depuis lors, j'ai consulté le traité de Clinique Thérapeutique du docteur Gaston Lyon, (un des meilleurs que je connaisse) et j'ai vu à ma grande surprise, qu'il était d'un avis contraire au mien. Je

me suis dit alors qu'une courte discussion, entre nous, contribuerait à éclaircir cette question, chacun exprimant librement son opinion avec preuves ou raisons à l'appui.

Et d'abord il est des points qu'il n'est plus besoin de discuter. Nous savons par exemple que l'érysipèle de la face n'est pas un érysipèle médical; que c'est, tout comme l'érysipèle chirurgical, un érysipèle traumatique résultant d'une infection locale par le streptocoque ainsi que nous l'enseignait déjà Reclus en 1890, à la page 230 du premier volume du traité de chirurgie. De fait il n'y a plus guère que sur le traitement que l'avis des auteurs soit partagé. Ainsi pendant que Landonzy conseille les injections de sérum de Marmoreck, Gaston Lyon estime que (je cite textuellement): "Le seul traitement efficace de l'érysipèle est le traitement local, car l'érysipèle n'est pas une maladie infectieuse, d'emblée généralisée, c'est une maladie infectante." (page 863.) Après avoir parlé de la prophylaxie et du traitement général: Quinine, alcool, opium et bains froids, voyons quels sont les moyens mis en œuvre par les partisans du traitement local. Nous verrons qu'ils sont loin d'être d'un emploi simple et facile; qu'ils réclament des procédés souvent très délicats et non toujours exempts de danger. C'est, par exemple, l'acide phénique, surtout employé par Hueter et M. le professeur Hayem. Hueter injectait 4 à 5 seringues de Pravaz d'une solution phéniquée 3 0/0 dans l'épaisseur de la plaque. Ces injections, fort douloureuses, peuvent être suivies d'accidents locaux et de phénomènes d'intoxication. M. Hayem (1882) a utilisé les badigeonnages phéniqués faits avec un pinceau imbibé d'un mélange par parties égales d'alcool et d'acide phénique. Il badigeonne le pourtour de la plaque érysipélateuse sur une surface de 2 centimètres, dont un centimètre de peau saine et un centimètre de peau infectée. Ce badigeonnage demande de grandes précautions. Il faut avoir soin que le pinceau soit bien exprimé et enlever l'excès de la solution dès que la surface blanchit. En effet, si la solution reste trop longtemps en contact avec la peau, on peut avoir des cicatrices.

Les compresses imbibées d'une solution (3 à 5 pour cent) ne semblent pas avoir donné grands résultats.

L'acide Borique est un traitement pseudo-antiseptique absolument nul.

C'est encore le mercure employé sous toutes ses formes, onguent napolitain, injections interstitielles, compresses imbibées d'une solution à 1 pour 2000 et les pulvérisations recommandées surtout par M. Talamon, qui se sert de la solution suivante :

Sublimé.....	}	à 1 gramme
Acide citrique.....		
Alcool à 99°.....		5 cent. cubes
Ether.....		Q. S. pour 50 c.c.

Les pulvérisations se font deux ou trois fois par jour avec un pulvérisateur à main; elles doivent porter sur une surface de trois centimètres correspondant au bourrelet, moitié sur la partie saine, moitié

sur la partie malade. La pulvérisation est très délicate à bien exécuter en raison de la causticité de la solution. Trop courte elle est sans effet, trop longue elle provoque une vésication douloureuse et on l'a accusé de causer une pigmentation persistante de la peau.

On a aussi employé les pulvérisations chaudes avec la liqueur de Van Swieten et les injections intra-dermiques.

Je citerai encore les compresses imbibées de solutions de salicylate de soude, de créoline et d'ichthyol, qui mérite une mention spéciale car c'est précisément des compresses imbibées d'une solution d'ichthyol à 30 0/0 que mon confrère avait fait appliquer.

Enfin la traumaticine !

Enfin M. Chantemesse aurait employé comme pansement local le sérum de Marmoreck en solution dans cinq fois son poids de Lanoline.

J'en ai fini avec le traitement local.

Vous voyez, messieurs, que j'ai eu raison de dire qu'il n'est pas toujours facile à instituer. Je dois ajouter que la plupart de ces moyens compliqués tels qu'injections intra-dermiques d'acide phénique, badigeonnages de Hayem, pulvérisations de sublimé de Talamon, n'ont guère donné de bons résultats que dans les mains de leurs inventeurs.

Arrivons maintenant à nos deux observations.

Le premier malade, grand et fort garçon de 28 ans, me vint voir le 10 mai, avec un érysipèle de la face commençant mais bien caractérisé et ayant déjà envahi le nez et une partie de la joue gauche.

Conducteur sur le chemin de fer entre Québec et Montréal, il partait dans une demi-heure. Je lui fis séance tenante une injection de sérum de Marmoreck de 20 centimètres cubes et lui recommandai, une fois à Québec, des applications de compresses imbibées d'une solution de sublimé à 1 pour 2000, qu'il ne fit pas. Je n'eus pas le temps de prendre sa température, il se sauvait.

Il me revint le 13, n'ayant pas perdu de temps et parfaitement guéri depuis la veille.

Le deuxième cas est plus intéressant et plus probant.

Je fus appelé le 19 mai pour voir la servante d'un de mes clients, jeune fille de 19 ans, grande et forte, malade depuis le lundi soir, 14 mai.

Dès le mardi matin, mon confrère avait fait appliquer des compresses imbibées d'une solution d'ichthyol à 30 0/0 qu'il faisait maintenir en permanence.

A l'intérieur, la malade prenait à toutes les trois heures, une cuillerée à thé de la solution suivante :

Tr. de fer muriatée.....	16 grammes
Glycérine.....	4 —
Eau ad.....	9 —

Vous le voyez, monsieur, c'était le traitement antiseptique local idéal. Idéal, au point de vue théorique s'entend, car tant qu'à la malade, elle en réclamait la cessation depuis deux jours et à grands cris.

Lorsque je vis tout à coup la malade, je reculai, interdit, devant une figure noirâtre, sauguinolente et tellement bouffie, qu'à peine on pouvait apercevoir les yeux.

La température était de 105 et le pouls battait 148 à la minute. Cependant la malade n'avait pas pris le lit bien que se sentant très faible, à ne pouvoir à peine marcher, et qu'elle éprouvât dans la tête de violentes douleurs.

Trouvant le cas très sérieux j'insistai sur la nécessité de faire immédiatement une injection de sérum et la fis séance tenante. On mit la malade au lit, et je remplaçai ses compresses imbibées d'ichthyol par d'autres imbibées d'une solution de sublimé à 1 pour 4000 et fraîches. Le lendemain matin, la température était normale et le pouls à 96. Deux ou trois heures après son injection, la malade avait beaucoup transpiré et les douleurs de tête ayant complètement cessé, la nuit avait été très bonne.

Les compresses furent maintenues et la guérison continua sans encombre. N'était la coloration noire de la figure qui est toute désenflée, la malade serait allée faire hier un tour de promenade. La desquamation est déjà très avancée.

J'ai traité d'autres cas d'érysipèle de la face il y a plusieurs années, un entr'autres avec mon ami le docteur Marien. Mais je ne les ai pas bien présents à la mémoire, et ils n'ajouteraient rien à la démonstration que je veux faire de la puissance curative du sérum de Marmoreck. Le second cas me paraît en effet, plus que probant. Il me semble impossible de ne pas admettre l'action bienfaisante et vraiment héroïque du sérum dans ce cas où l'antiseptie locale s'était montrée impuissante, car bien que j'aie fait appliquer par acquis de conscience des compresses bichlorurées, je ne crois pas qu'on puisse leur attribuer la chute si rapide et si marquée de la température ainsi que l'abondante transpiration qui suivit l'injection. Leur action n'était que faiblement antiseptique, et elles succédaient à un antiseptique beaucoup plus puissant.

Et si d'ailleurs nous envisageons la question au seul point de vue théorique, n'est-il pas rationnel d'employer un agent qui rend l'économie entière impropre au développement du streptocoque chaque fois que nous avons affaire à lui ? Que nous importe que la maladie soit infectieuse, d'emblée généralisée ou simplement infectante de proche en proche ? Du moment que nous coupons les vivres à l'agent infectant, nous l'obligeons à mourir sur place bien plus sûrement et à moins de frais qu'avec les différents moyens dont j'ai parlé plus haut.

C'est là mon opinion personnelle. Mais comme la question n'est pas encore définitivement jugée, je suis heureux de la soumettre à votre discussion et je finis par où j'ai commencé : "Quel doit être actuellement, le traitement de choix de l'érysipèle de la face."

M. le professeur FOUCHER remarque qu'il a eu l'occasion de traiter il y a 4 ou 5 ans deux cas d'érysipèle survenus dans son service. Chez ces deux malades il avait fait une opération et avait ouvert le sinus, ce qui lui donnait des craintes vives. Comment l'érysipèle s'était-il déclaré ?

Il y avait alors un cas d'érysipèle dans le service du professeur Rottot, et la maladie s'était communiquée malgré les plus grandes précautions antiseptiques.

Quoi qu'il en soit, le professeur Foucher fit immédiatement une injection de sérum à ses deux malades dont la température s'abaissa aussitôt et qui guérissent rapidement.

Il en a conservé l'impression que le sérum est doué d'un très grand pouvoir curatif. Il n'a pas eu d'érysipèle à traiter depuis lors. S'il en rencontrait il le traiterait par le sérum de Marmoreck, qui lui paraît la méthode de choix.

M. le docteur HERVIEUX a traité à l'hôpital deux cas d'érysipèle de la face et les deux sont morts. Ce qui démontre, en passant, dit-il, que l'érysipèle de la face n'est pas toujours une maladie bénigne. L'un des deux malades fut traité par les méthodes anciennes (quinine et stimulants), l'autre par des injections de sérum antistreptococcique de Paquin.

Les malades traités par le docteur DE MARTIGNY et par le professeur FOUCHER étaient jeunes, en santé parfaite sauf l'érysipèle, et exempts de toute tare constitutionnelle, ce qui expliquerait pourquoi ils ont si bien guéri. Ceux qu'il a traités, au contraire, étaient dans un très mauvais état de santé.

Le premier, traité par le sérum, était assez âgé, dépassant la cinquantaine, artério-scléreux et, avant son entrée à l'hôpital, on lui avait appliqué deux larges vésicatoires sur le thorax. Les plaques étaient complètement dénudées, mais l'érysipèle ne s'y était pas communiqué. Après chaque injection de sérum, la température monta d'un degré pour redescendre, quelques heures plus tard, à quelques dixièmes au-dessous de ce qu'elle était avant l'injection.

Le second malade, aussi âgé que le premier, était un alcoolique avancé, avec œdème généralisé.

Ces deux malades entrés le même jour sont morts le même jour aussi.

Quoi qu'il en soit du résultat de ces deux observations, il concourt pleinement dans les conclusions de son confrère le docteur DE MARTIGNY et croit que le sérum de de Marmoreck est le traitement de choix de l'érysipèle de la face.

Mais il doit dire qu'il se range à cet avis par raison plutôt que par les résultats que nous fournit l'expérience. En effet, s'il s'en rapporte aux statistiques obtenues dans le service de M. Chantemesse, ils ne sont pas brillants. La statistique italienne est encore moins encourageante et porte, autant qu'il s'en rappelle, sur huit cas graves avec huit morts, malgré le sérum.

A quoi sont dûs les résultats si différents obtenus par les expérimentateurs ? Peut-être à ce fait que, dans tous les microbes, le streptocoque est celui qui offre le plus de variétés, de familles diverses, douées chacune de virulence différente et de propriétés particulières.

Or, les animaux immunisés par les toxines d'une de ces familles, donnent peut-être un sérum puissant contre les streptocoques de la même famille, et très faible contre ceux d'espèces différentes. Et

peut-être faudrait-il, pour atteindre des résultats certains par les injections, connaître exactement la famille à laquelle on a affaire afin de lui opposer un sérum de même origine.

En tout cas, pour se résumer, il croit que, en présence d'un érysipèle, nous devons injecter le sérum de Marmoreck. Si nous n'obtenons pas toujours l'effet voulu, au moins avons-nous la satisfaction de n'avoir pas laissé la maladie suivre son libre cours, et avons-nous lutté en lui opposant des moyens rationnels.

Le docteur DE COTRET a traité deux cas d'érysipèle chez des femmes enceintes. La première, il y a deux ans environ, a été traitée par les applications antiseptiques et la quinine et elle a été malade pendant trois semaines et a mis un long temps à se rétablir.

La seconde, qu'il traita tout dernièrement, avait, lorsqu'il la vit, une température de 103° et un pouls de 138. Une injection de 10 c.c. de sérum de Marmoreck fit tomber la température, mais deux jours après elle était remonté à 103 avec un pouls à 148. Il injecta alors 20 c.c. du même sérum. Le lendemain la température était tombée à 97 et le pouls à 96. La guérison s'est maintenue et la femme accoucha deux ou trois jours plus tard et eut des suites de couche absolument normales. Pour lui, l'action du sérum est incontestable et le dernier cas lui paraît indiscutablement démonstratif. C'est donc le traitement de choix dans l'érysipèle.

Si l'on a parfois des résultats peu satisfaisants, il croit qu'il faut l'attribuer au mauvais terrain sur lequel on opère et non au sérum dont, peut-être aussi, on a employé des doses trop faibles. Il vaut donc mieux, suivant lui, employer de suite de fortes doses et les répéter en plein si, au bout de 12 ou 24 heures, on n'a pas obtenu l'effet attendu.

Le docteur DUBÉ fait remarquer que le sérum employé par le docteur Hervieux était un sérum vieux de plus d'un an et donné par le docteur PAQUIN, lui-même, lors de sa visite à Montréal.

Le docteur BENOIT trouve que deux points méritent d'attirer l'attention de l'assemblée dans les deux cas rapportés par le docteur HERVIEUX. L'un des malades était un alcoolique avec de l'anasarque indiquant le mauvais fonctionnement et la diminution de perméabilité des reins. Le second était artério-scléreux et, par-dessus le marché, on lui avait appliqué deux vésicatoires qui ont dû produire une très forte irritation de l'épithélium rénal et diminuer beaucoup, au moins momentanément, la perméabilité des reins. C'est même la raison qui porte la plupart des auteurs à proscrire l'usage du vésicatoire.

Or nous savons que dans toutes les maladies infectieuses au cours desquelles l'économie peut être saturée par les toxines microbiennes, le pronostic dépend en grande partie de la perméabilité rénale. Et nous devons attacher encore plus d'importance à cette perméabilité lorsque nous voulons instituer un traitement par le sérum et qu'il s'agit d'introduire dans l'organisme des antitoxines qui devront aussi s'éliminer par le rein. Il paraît donc probable que nous ne devons pas compter la mort du malade du docteur HER-

VIEUX comme une preuve d'inefficacité du sérum, mais bien plutôt l'imputer à l'insuffisance rénale !

Le docteur BOULET dit que LANDOUZY estime que la mort dans l'érysipèle est souvent causée par l'anormalité d'un organe important de l'économie. Cela concorde avec les remarques du docteur BENOIT.

Le docteur MERRIL estime qu'en général la gravité de l'érysipèle dépend bien plus du malade que de la maladie elle-même. Et il se base sur l'expérience qu'il a acquise, en fait d'érysipèle, depuis 15 ans qu'il est à l'Hôtel-Dieu où, chaque année, il a eu l'occasion d'en voir des cas nombreux, surtout pendant ses premières années de service, alors que le sérum de Marmoreck était inconnu. Or, en général, avec l'ancien traitement, les érysipéloteux guérissaient sans trop d'encombre.

Et il estime que dans certains cas rebelles, tous les traitements seront vains parce que le terrain est mauvais. Et le cas du docteur HERVIEUX démontre clairement que le même sérum est impuissant à lutter contre l'infection développée chez certains sujets tarés.

Le docteur MARIEN dit qu'il y a évidemment plusieurs facteurs de la gravité de l'infection streptococcique. Les explications scientifiques du docteur HERVIEUX nous permettent déjà de comprendre bien des choses. Outre la diversité des familles qui permet à certains streptocoques de résister au sérum obtenu par l'action de streptocoques différents, il faut bien se rendre compte que si le sérum arrive au moment où l'économie est déjà sidérée par les toxines, il sera sans effet.

J'ai vu avec un confrère, il y a bientôt deux ans, un malade qui avait, m'a dit le médecin traitant, une affection cardiaque. Le malade avait une infection de la lèvre et l'érysipèle avait rapidement envahi la figure, l'enflure était énorme.

Eh bien, malgré les incisions profondes, malgré les antiseptiques locaux très énergiques, malgré la quinine, les stimulants et le sérum abondamment injecté, le malade est mort.

Nous voyons donc qu'il est des cas d'une excessive gravité dont la cause exacte nous échappe encore et contre lesquels le traitement demeure impuissant, quoique nous fassions.

Le docteur DE MARTIGNY. Quelques mots seulement pour répondre aux remarques si justes qui ont été faites et particulièrement à celles de M. le docteur Hervieux.

Monsieur le docteur HERVIEUX cite les statistiques du service de monsieur le docteur Chantemesse et ne les trouve pas très brillantes. Eh bien, ces statistiques portent sur un millier de cas environ dont un certain nombre étaient des cas légers auxquels on n'a pas donné le sérum et qui ont guéri. On a donc aussi enlevé au sérum des avantages assez considérables quant à la statistique en n'employant le sérum que pour les cas jugés assez graves. De plus, parmi les cas traités par le sérum, la moitié, environ, ont bénéficié d'un sérum d'un pouvoir de 7000, et ont donné un très faible pourcentage, soit 1 et une fraction pour cent, alors que l'ancien traitement, portant sur l'ensemble des cas, légers et graves, donnait une

mortalité beaucoup plus élevée, 4 pour cent environ. C'est là, il me semble, un assez beau résultat.

L'autre moitié des malades a été traitée au moyen d'un sérum dont le pouvoir était bien moins grand, 500 et, naturellement la mortalité a été plus élevée.

Monsieur le docteur Hervieux parle des nombreuses variétés de streptocoques douées de virulence plus ou moins fortes et résistant plus ou moins à l'action de l'antitoxine.

Cela est vrai, en tout point, mais au lieu de conclure à la nécessité de se servir d'un sérum ayant un pouvoir antitoxique égal au pouvoir toxique du streptocoque qu'il s'agit de combattre, il me semble plus simple d'obtenir une fois pour toutes un sérum d'un pouvoir antitoxique exagéré, comme le fait Marmoreck, et l'on est sûr alors de son action effective sur toutes les variétés de streptocoques. En effet, si le sérum s'est montré impuissant, c'est lorsque son pouvoir antitoxique était inférieur au pouvoir toxique de l'agent infectant. Et, en dehors de toute question de terrain, c'est peut-être ce qui est arrivé dans les cas du docteur Hervieux, puisqu'il s'est servi d'un sérum vieux et, par conséquent, peut-être altéré; d'un sérum provenant du docteur Paquin, dont la puissance primitive nous est inconnue. Le sérum de Marmoreck, possède aujourd'hui une puissance antitoxique de 30000, et peut-être les résultats auraient-ils été différents si le docteur Hervieux avait employé celui-là. Ce qui me porte à le croire, c'est qu'il a observé une élévation de température après chaque injection de ce sérum, ce qui pourrait faire penser qu'il n'était pas parfaitement stérile, puisque, au contraire, avec celui de Marmoreck, nous obtenons rapidement une chute notable de la température, ainsi que dans le deuxième cas que j'ai rapporté.

Mon ami le docteur Marien nous a parlé de l'impuissance du sérum chez les malades sidérés par la toxine streptococcique.

Certes! mais c'est là un fait acquis en sérothérapie, aussi bien pour les streptocoques que pour la diphtérie, comme Roux l'a si bien démontré au sujet de cette dernière maladie. C'est ce qui fait que les résultats sont si différents suivant que l'on a employé le traitement le premier ou le cinquième jour, par exemple, de la diphtérie. Il est clair, et nous n'avons pas à nous y arrêter, que le sérum n'a d'action que sur le microbe lui-même, vivant au moment où on fait l'injection, et ne saurait avoir aucune influence sur les lésions produites antérieurement. Si le malade est déjà empoisonné au moment où nous faisons l'injection, nous n'y pouvons rien, c'est entendu.

Reste l'importante question du terrain si bien mise en lumière par les remarques du docteur Benoit.

Que faire pour un malade chez lequel se sont produites des toxines que les reins ne peuvent éliminer? Peu de choses, on le comprend. Et le sérum lui-même perd de sa puissance puisqu'il ne peut contribuer à une élimination impossible. Mais cette question du terrain devient beaucoup moins importante si l'on peut établir le traitement antitoxique dès le début de l'infection et avant que les toxines aient eu le temps de se produire. On supprime ainsi toute difficulté quant à leur élimination. En résumé, il me semble que l'on

peut conclure que le sérum est le traitement de choix ; qu'il importe d'en avoir un dont la puissance soit très grande et de faire l'injection le plus tôt possible, ce qui réduit à peu de chose l'importance du terrain.

Le docteur HERVIEUX ajoute à ses remarques précédentes qu'il est d'avis que le sérum est le traitement de choix comme il l'a déjà dit. Il s'est servi du sérum de Paquin et non de celui de Marmoreck ainsi qu'il en a fait mention à l'assemblée, mais le sérum était absolument limpide sans dépôts ni flocons et paraissait parfait. Il tient à faire remarquer à l'assemblée qu'il n'a cité les moyennes dont il a parlé que de mémoire et qu'il ne faut pas les prendre comme absolument exactes.

Le docteur ASSELIN, président, trouvent les cas rapportés très intéressants ainsi que la discussion qui s'en est suivie. Il a assisté en 1894-95 dans le service du professeur Dieulafoy aux premières expériences cliniques de Marmoreck. Ce qui frappa surtout Dieulafoy fut la disparition rapide des douleurs de tête, en deux heures à peine, et l'apparition de la desquamation qui commença dès le lendemain.

Il croit qu'il faut être très particulier sur le choix du sérum. La limpidité ne suffit pas à en assurer la qualité parfaite, au point de vue de la puissance, tout au moins. Il est possible qu'un sérum se conserve stérile pendant un an, mais peut-être ses propriétés antitoxiques peuvent disparaître pendant ce temps.

Dr GRASSET.—*Diagnostic des maladies de la moëlle*, (siège des lésions), par le Dr GRASSET, professeur de clinique à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de Médecine, lauréat de l'Institut, 1899. 1 vol. in-16 carré, 86 pages, et figure, cartonné..... 1 fr. 50.
Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du Boulevard Saint-Germain), à Paris.

La neuropathologie est à l'ordre du jour en ce moment, aussi le livre de M. Grasset répond-il bien à une *actualité*.

Etant donné un malade chez lequel on a reconnu une maladie de la moëlle, comment peut-on cliniquement déterminer le siège précis de l'altération médullaire ? Quel est le système ou quels sont les systèmes de la moëlle qui sont exclusivement ou principalement atteints ? À quelle hauteur de l'axe spinal siège la lésion ?

Voilà les questions qu'étudie M. Grasset.

Sans nier l'importance du diagnostic anatomique et du diagnostic nosologique qui, quand ils sont possibles, doivent venir compléter le diagnostic physiologique, on peut dire que le diagnostic du siège de la lésion est absolument capital et de première nécessité pour tous les médecins d'aujourd'hui.

REVUE DES JOURNAUX.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Par Ch. MAYGRIER.

Vous avez pu voir plusieurs accouchements récents se terminer par la naissance d'enfants qui étaient dans cet état qu'on a désigné sous le nom de *mort apparente*. Parmi ces enfants, au nombre de six, quatre ont été ranimés et sont sortis vivants de la Clinique, mais les deux autres ont succombé. En présence de cette série de faits de même catégorie, l'occasion m'a paru favorable pour vous entretenir de la mort apparente des nouveau-nés et de son traitement.

Que faut-il donc entendre sous ce terme ? Bien des définitions en ont été données. Je me bornerai à vous indiquer celle qui a été formulée par le Dr Demelin dans un intéressant mémoire, qu'il a publié sur ce sujet en 1895, et auquel j'aurai souvent à faire allusion. Le voici : " La mort apparente du nouveau-né comprend plusieurs états pathologiques distincts dans lesquels les fonctions et propriétés de la vie sont suspendues ou affaiblies au point de faire croire à la mort, et présentent comme symptômes communs, l'absence du cri, des troubles respiratoires et circulatoires et la résolution musculaire."

L'enfant qui naît en état de mort apparente peut donc se présenter sous différents aspects. D'une façon générale ces aspects sont au nombre de deux : tantôt il est bleu, violacé, cyanosé. tantôt au contraire il est blanc, pâle, exsangue. Les anciens avaient donné à ces deux états les noms d'asphyxie bleue et d'asphyxie blanche. Si le premier terme d'asphyxie bleue ou simplement d'*asphyxie* peut être conservé, il n'en est pas de même du second qui est inexact, et qu'on a remplacé avec raison par celui de *syncope*. Toutefois pour ne rien préjuger de la nature de ces différents états, M. Demelin a adopté les dénominations de *forme bleue* et de *forme blanche* qui sont rigoureusement exactes au point de vue clinique, et c'est sous cette désignation que je les décrirai.

La *forme bleue*, la plus commune, seule décrite par tous les auteurs, est l'*asphyxie*. L'enfant naît cyanosé : tout son corps présente une teinte bleuâtre, mais qui prédomine surtout à la face et aux extrémités. Les membres sont dans un état de flaccidité plus ou moins prononcée. Le sphincter anal est relâché, et du méconium s'écoule. Les divers réflexes, guttural, cornéen, palpébral, patellaire sont affaiblis, et dans certains cas même abolis. Le cœur ne cesse pas de battre, mais ses mouvements sont faibles et amoindris. Du

côté des poumons, il y a d'abord de l'apnée, puis, de temps en temps survient une inspiration saccadée. Suivant les cas, les inspirations se rapprochent, se régularisent; le cœur bat plus énergiquement, et l'enfant revient à la vie. Ou bien, et cela a lieu surtout quand les voies aériennes sont obstruées par des glaires, des mucosités, du sang, les mouvements respiratoires s'espacent de plus en plus, les battements du cœur se ralentissent, puis cessent, et l'enfant succombe. On trouve alors, à l'autopsie, les poumons plus ou moins atelectasiés et des échymoses sous-pleurales et sous-péricardiques.

Du côté de la forme asphyxique, M. Demelin en place deux autres qui se caractérisent aussi par la coloration bleue des téguments: la *congestion méningée* et l'*apoplexie méningée*, celle-ci très grave: toutes deux diffèrent de l'asphyxie par la conservation et même l'exagération des réflexes rotulien et patellaire, par la torpeur plus profonde du nouveau-né. Toutefois, tandis que dans la congestion méningée le rappel à la vie est assez facile, dans l'apoplexie, au contraire, le coma est plus prononcé: l'insufflation ne ramène que momentanément la respiration, qui s'arrête quand on cesse d'insuffler; des convulsions compliquent habituellement la scène et déterminent la mort.

La *forme blanche* de la mort apparente, forme syncopale, est toute différente de la précédente. Ce qui frappe dès l'abord, c'est la pâleur cireuse que présente le nouveau-né. Comme dans le cas précédent, et d'une façon encore plus accentuée, il est mou, flasque, inerte; la résolution musculaire est absolue. La circulation est très affaiblie: les bruits du cœur, ralentis, sont souvent à peine perceptibles. Les mouvements respiratoires sont très rares; l'apnée peut même être complète. Suivant les cas, et surtout suivant le traitement mis en usage, deux alternatives peuvent se produire. Ou bien la respiration se rétablit peu à peu, d'abord saccadée, puis de plus en plus régulière; le cœur bat plus rapidement et plus fort. Ou bien le nouveau-né reste pâle, ne fait pas d'efforts d'inspiration; son cœur bat moins vite et plus faiblement et finit par s'arrêter: la mort a lieu.

Les formes bleue et blanche s'observent d'ordinaire bien tranchées et isolées; il existe cependant quelquefois une forme mixte qui est un mélange des précédentes. C'est ainsi qu'un enfant né blanc, en état syncopal, peut avoir les trachées et les bronches obstruées par des mucosités; on essaie de le ranimer et il fait des efforts d'inspiration qui restent infructueux; il se cyanose alors et devient bleu. La forme blanche s'est transformée alors en forme asphyxique.

Je passe maintenant à nos observations. Les six cas auxquels nous avons eu affaire se rapportent à des enfants nés en état de syncope (forme blanche). Dans le premier, la mère, âgée de 21 ans, primipare, est entrée à la Clinique le 27 septembre 1898; le travail se déclara le 29 à minuit; il marcha régulièrement et la dilatation fut complète le 30 à 3 trois heures de l'après-midi. L'enfant se présentait par le sommet en OIGA. À 4 h. 15, les battements du cœur devenant sourds et irréguliers, et l'expulsion ne se faisant pas, on dut terminer l'accouchement par une application de forceps. L'en-

fant naquit pâle, inerte, ne criant pas, et ne faisant que quelques rares inspirations ; les battements du cœur étaient normaux. Après ligature et section du cordon, on frictionna le nouveau-né avec de l'alcool, on lui fit quelques flagellations, et on retira avec le doigt les mucosités qui encombraient sa bouche et son pharynx ; enfin, on lui administra un bain chaud. Au bout de cinq minutes il était parfaitement ranimé, et criait vigoureusement. J'ajouterai que dans ce cas, il existait à la naissance, autour du cou de l'enfant, deux circulaires lâches qu'il fallut dégager ; cette circonstance peut, aussi bien que la lenteur de l'expulsion, expliquer l'état de souffrance du nouveau-né ; je vous rappelle en effet que ces circulaires lâches sont dangereux en ce sens que le cordon peut glisser le long de la tête fœtale et être comprimé entre elles et les parois pelviennes ; ce sont ces faits qu'on désigne sous le nom de latérocidence du cordon.

La seconde observation est celle d'une primipare qui accoucha le 27 septembre 1898, à 9 heures du soir, d'une fille de 2.650 grammes, après 93 heures de travail. La femme avait été bien surveillée pendant son accouchement, la période d'expulsion n'avait pas duré trop longtemps, et les battements du cœur fœtal étaient restés constamment bons. Cependant, l'enfant naquit en état de mort apparente, pâle, flasque, inerte, le cœur battant très faiblement. Le cordon formait autour du cou et de la poitrine deux circulaires et on dut le sectionner entre deux pinces avant le dégagement du tronc. On chercha inutilement à ranimer le nouveau-né à l'aide de frictions et de flagellations. On eut alors recours à l'aspiration des mucosités avec l'insufflateur, puis à l'insufflation elle-même. Aussitôt des mouvements respiratoires eurent lieu, de plus en plus forts ; 7 à 8 minutes après sa naissance, l'enfant était ranimé ; sa coloration était devenue rose et il criait.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une multipare de 35 ans, enceinte pour la 4e fois. Cette femme fut prise d'éclampsie vers le 8e mois de sa grossesse ; elle eut deux attaques, puis elle guérit, et la grossesse continua son cours. Huit jours plus tard survint une hémorragie due à une insertion vicieuse du placenta. Le travail était commencé et le col était largement perméable. M. Dubrisay eut alors recours à l'accouchement méthodiquement rapide. Il put achever assez vite la dilatation du col avec la main, pénétrer dans l'utérus et terminer l'accouchement par la version. Ceci se passa le 28 septembre 1898 ; il amena au jour une fille de 2.400 grammes présentant 4 circulaires autour du cou. Elle était blanche, flaccide, en état de syncope ; les battements du cœur à peine perceptibles, et les mouvements respiratoires rares et incomplets. Après avoir fait la ligature immédiate du cordon, on fit l'extraction des mucosités accumulées dans l'arrière-gorge avec le doigt et l'insufflateur, et pratiqua des frictions alcoolisées. L'enfant restant inerte, on l'insuffla en même temps qu'on la réchauffait, et au bout de 15 minutes on put la ranimer : on la plaça quelque temps en couveuse pour achever sa résurrection.

La quatrième observation concerne une femme primipare de 22 ans, entrée à la Clinique le 29 septembre à 6 heures du soir, en tra-

vail depuis midi. L'enfant se présentait par le sommet en OIDP. Le travail marcha régulièrement, et la dilatation était complète vers 11 heures du soir. La rotation n'ayant, à partir de ce moment, aucune tendance à s'effectuer, on tenta à différentes reprises, mais sans y réussir, de la faire avec le doigt. Finalement, on dut recourir aux forceps qui fut appliqué en OIDP. L'accouchement était terminé à 3 h. 45 du matin. L'enfant naquit en état syncopal, blanc, flasque, en résolution musculaire presque absolue; aucune inspiration, battements cardiaques très lents. Après ligature immédiate du cordon, et aspiration des mucosités, on fit l'insufflation, et, au bout de dix minutes, apparut une première inspiration. On dut continuer, et l'enfant ne put être complètement ranimé qu'après 20 minutes. Il respirait, mais ne criait pas, et se plaignait d'une façon continue. On le réchauffa, on le plaça dans une couveuse, en y faisant passer un courant d'oxygène et ce n'est que le lendemain que cet enfant présenta une coloration normale, et fut tout à fait bien portant.

Dans les faits qui précèdent, tous les enfants ont pu être rappelés à la vie. Mais, dans les deux derniers qu'il me reste à vous rapporter, tous les efforts tentés sont restés infructueux et les deux enfants ont succombé. Voici ces cinquième et sixième observations.

La cinquième a trait à une primipare de 20 ans, chez laquelle je provoquai l'accouchement à 8 mois $\frac{3}{4}$, pour un rétrécissement antéro-postérieur du bassin. Le diamètre promonto-pubien minimum était de 8 centimètres 8. L'accouchement fut provoqué le 25 septembre 1898, à l'aide du ballon Tarnier et de l'écarteur. Le travail dura 72 heures et, au bout de ce temps, l'enfant perdant du méconium, sans que les battements du cœur fussent modifiés, on fit au détroit supérieur une application de forceps, et on amena un garçon de 2.870 grammes, en état de mort apparente, forme syncopale. Après 1 h. $\frac{1}{2}$ de soins, frictions, chaleur, insufflations, etc., on parvint à le ranimer, et on le mit en couveuse: mais la respiration se faisait mal, par saccades, incomplètement, et l'enfant ne criait pas. Trois heures après la naissance, il succombait.

La sixième et dernière opération se rapporte à une multipare de 27 ans, entrée à la Clinique le 1er octobre 1898, pour des pertes de sang dues à une insertion vicieuse du placenta. L'hémorragie continuant, on dut pratiquer l'accouchement méthodiquement rapide et faire la version. Dès le début de l'intervention, l'enfant présentait déjà des signes de souffrance; son cœur ne battait que 60 fois par minute. Malgré la rapidité de l'opération, cet enfant, un garçon de 2.400 grammes, naquit en état de syncope. Tous les soins furent inutiles, frictions, flagellations, aspiration des mucosités, insufflation, tractions rythmées de la langue, injection sous-cutanée de 10 grammes de sérum artificiel. C'est à peine si les narines de l'enfant se dilatèrent à deux ou trois reprises, et s'il fit quelques faibles aspirations. Après une heure de tentative, il succombait définitivement.

Les six observations que je viens de résumer, montrent la forme syncopale de la mort apparente avec ses différents degrés: depuis les cas les plus légers où l'enfant naît simplement *étonné*, comme on

dit, pâle et peu vivace, et où il suffit de quelques frictions, de flagellations, de chaleur pour le ranimer, jusqu'à ceux beaucoup plus graves, où la syncope est profonde, où il n'existe ni mouvements respiratoires, ni battements du cœur, et où la respiration artificielle longtemps continuée ne suffit pas toujours à provoquer le rappel à la vie.

Le *diagnostic* de la mort apparente du nouveau-né est facile et ne m'arrêtera pas longtemps. Je vous signalerai cependant comme possible, puisqu'elle a été commise, la confusion avec la macération du fœtus. Demelin rapporte en effet qu'une sage-femme insuffla pendant une heure et demie un enfant mort et macéré, le croyant simplement en état de mort apparente. Les caractères de la macération sont trop nets et trop évidents pour que j'insiste davantage.

Plus intéressant à faire est le diagnostic entre la mort apparente et la mort réelle. En face d'un enfant pâle, inerte, sans mouvements respiratoires ni battements cardiaques, on peut croire à une mort définitive, alors que la vie n'est pas éteinte. Le cœur peut, en effet, continuer à battre si faiblement, que ses contractions fibrillaires sont à peine perceptibles, même à l'auscultation. Dans les cas douteux, Tarnier conseillait de recourir au moyen suivant, très simple et très précieux. Il plaçait une goutte d'eau sur la région précordiale du nouveau-né, et l'examinait soigneusement à jour frisant. S'il existe le moindre frémissement cardiaque, la goutte d'eau est animée d'un tremblement très visible; sinon, elle reste immobile. Il faut, en outre, rechercher avec soin les réflexes plantaire, rotulien, cornéen. En un mot, il ne faut jamais croire trop vite à la mort réelle d'un nouveau-né. Il existe des exemples nombreux d'enfants laissés pour morts et qui, au bout d'un certain temps, sont revenus spontanément à la vie. Dans le cas où vous aurez le moindre doute, prodiguez donc à cet enfant tous les soins qu'on donne en cas de mort apparente.

Enfin, vous aurez à établir le diagnostic entre la forme bleue et la forme syncopale. Tout ce que je vous ai dit déjà à l'égard de chacune de ces formes suffit pour que je n'aie pas à y revenir

(*Le Progrès Médical*).

(*A suivre.*)

WARNER. — *Le Pocket Medical Dictionary* de WARNER. Opuscule d'usage quotidien contenant les termes de médecine les plus récents; il comprend 10400 mots, termes et phrases épelés, prononcés et expliqués.—Caractère clair et bien lisible, beau papier, reliure en cuir flexible. On y trouve un tableau des artères, des muscles, des nerfs, une classification des bacilles spirilles, streptocoques, micrococques, bactéries, etc., et une table des doses de tous les médicaments en mesure d'apothicaire avec équivalents métriques. Prix : 75 centims en timbres ou mandat-poste.

Adressez Wm. R. Warner & Co., Philadelphia.

REVUE D'HYGIÈNE

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE.

(Berlin, 24 27 Mai, 1899).

Traduction d'un rapport fait par le Dr Pye-Smith au gouvernement anglais.

Il était aisé de voir par le grand nombre des membres (près de 2000), le caractère des communications et l'absence obligée de toute discussion, que le but du Congrès de Berlin était d'intéresser et de renseigner les médecins praticiens, les classes officielles et politiques et la masse du peuple allemand, sur les résultats positifs obtenus par les recherches faites sur l'origine, la nature, la prophylaxie, les méthodes générales de traitement de la tuberculose.

Les discours prenaient la forme d'une exposition ou d'une exhorde, dans le but évident d'attirer l'attention sur des conclusions bien établies, et de souligner leur portée pratique dans la lutte contre l'extension des maladies contagieuses, et leur traitement efficace quand elles existent.

Les conclusions les plus importantes du Congrès avaient déjà été adoptées par les pathologistes de ce pays et d'ailleurs, et l'on peut les résumer brièvement, en langage non technique, de la manière suivante.

1° La consommation et toutes les autres maladies tuberculeuses sont causées par la présence et la multiplication du bacille spécifique découvert par le professeur Koch, de Berlin; cependant d'autres plantes microscopiques de nature semblable quoique distincte s'ajoutent souvent au *bacillus tuberculosis*, dont la présence constante est essentielle, et produisent des effets altérants et généralement nuisibles (Pfeiffer, de Berlin, 2e jour du Congrès, sur les infections mixtes dans la phthisie).

2° Chez l'adulte, le mode d'infection par le bacille spécifique le plus fréquent et le plus dangereux se fait par l'introduction du bacille dans le poumons et la gorge (y compris les deux bronches et les amygdales).

3° Les véhicules qui servent à transporter le bacille de l'adulte malade à l'adulte sain, sont dans la grande majorité des cas, les crachats blancs expectorés après la toux. Ceux-ci peuvent quelquefois, sous la forme de jet, pénétrer dans la gorge d'un voisin, ou bien, séchés et transformés en poussière, ils sont inhalés avec l'air dans les poumons. Tant que le mucus expectoré demeure humide, cet état physique le rend rarement transmissible (Flugge, Frankel, 1er jour).

Le germe conserve avec tenacité sa vie et ses pouvoirs distinctifs ; mais il perd les deux après une période courte mais variable, quand il est soumis à une large exposition à l'air, à la chaleur de l'eau bouillante ou du feu, et à la lumière du soleil.

4° Le lait est un mode de transport fréquent de l'infection, soit occasionnellement, quand il a été souillé par le crachat d'un consommateur, soit fréquemment quand des jeunes enfants boivent le lait de vaches atteintes d'affection tuberculeuse de la mamelle (Obermuller, sur l'Infection par le Beurre, 2e jour du Congrès).

Le bacille de la tuberculose, ainsi apporté dans la bouche, peut déterminer une inflammation locale tuberculeuse, limitée particulièrement aux amygdales, ou bien survivre à l'action du suc gastrique et produire une maladie grave des intestins (Fränkel, de Halle, 2e jour du Congrès).

5° Un troisième mode d'infection tuberculeuse, moins fréquent, réside dans la consommation d'une viande—muscle et graisse—contaminée par une affection tuberculeuse des glandes lymphatiques ou autres organes, et mal cuite. D'autres modes d'infection, où la peau, par exemple, est infectée, sont moins fréquents, et moins dangereux que ceux que nous avons mentionnés. (Virchow, 3e jour du Congrès).

6° Bien qu'il soit maintenant prouvé que le bacille spécifique est présent dans chaque cas de maladie tuberculeuse—qu'il s'agisse du poumon (consommation), des glandes lymphatiques (scrofule), du cerveau (fièvre cérébrale, méningite tuberculeuse), de l'abdomen (carreau, tuberculose intestinale, péritonite tuberculeuse), des articulations (tumeurs blanches, synovites tuberculeuses, suppurations de la hanche, etc.), des os (carie de la colonne vertébrale, mal de Pott, etc.), ou d'autres organes (maladie d'Addison, etc.)—il n'y a cependant aucun doute que, des deux états qu'on rencontre toujours dans toute maladie (le trouble externe et le résultat interne de ce trouble), ce dernier dépend autant de l'état de l'hôte que de l'activité du parasite infectieux.

Quelques maladies spécifiques, comme la variole et la syphilis, produisent des symptômes graves chez tous ceux qui n'ont pas été plus ou moins immunisés par une attaque antérieure de la maladie—la syphilis dans un cas, et dans l'autre la variole, ou cette forme bénigne et modifiée appelée vaccine.

D'autres maladies spécifiques, comme la pneumonie et la diphtérie, semblent n'apparaître que lorsque l'état du corps est favorable à leur développement. On trouve même fréquemment les microbes caractéristiques de ces deux maladies dans la bouche de personnes saines. Le sol, par conséquent, est aussi important que la semence. Comme pour d'autres maladies infectieuses, la réceptivité pour le tubercule varie beaucoup chez différents animaux : les chiens, les chèvres et les chevaux sont réfractaires à l'infection tuberculeuse, les bestiaux et les porcs sont plus facilement atteints, tandis que les lapins et les cobayes offrent à l'invasion du bacille une prédisposition excessivement marquée. De même chez l'homme, les chances d'une invasion efficace par une maladie tuberculeuse varient suivant l'âge,

l'état de santé, le tempéramment et la constitution créés par l'hérédité. Certains individus, certaines familles offrent une réceptivité aussi marquée que chez les rongeurs, tandis que d'autres sont aussi réfractaires que les chèvres.

La tuberculose, comme étant transmise directement par hérédité, est extrêmement rare, bien qu'on en ait enregistré des cas évidents, chez l'homme et chez les animaux inférieurs, et où le bacille et ses effets caractéristiques étaient présents (Lœffler, 2e jour). Mais la vulnérabilité (pour employer le mot de Virchow) du corps, et plus particulièrement du sérum et des corpuscules blancs du sang, la tendance qu'ont les tissus à devenir le siège d'une maladie tuberculeuse varient autant que la susceptibilité ou la tendance à la goutte.

Un enfant vient rarement, ou jamais au monde avec l'une ou l'autre de ces maladies, mais il naît souvent avec une résistance moindre que la moyenne à un ennemi qu'il est presque toujours certain de rencontrer tôt ou tard.

Pour toutes ces raisons, il est impossible de ne pas tenir compte de l'expérience, qui nous montre la consommation, l'infection domestique mise à part, apparaissant dans certaines familles avec une fréquence que le hasard ne suffit pas à expliquer. D'où l'importance de renforcer le corps contre l'invasion de la tuberculose par une nourriture saine et surtout engraisseante, par l'augmentation de la couleur et de la richesse en globules du sang, par l'amélioration de la digestion, par l'exposition au grand air et à la lumière. D'où aussi l'importance des mesures hygiéniques générales dont notre pays a pris l'initiative depuis la dernière moitié du siècle actuel.

Elles ont eu pour résultat de diminuer la mortalité par la consommation, en Angleterre et au pays de Galles, de moitié, proportionnellement à la population, durant les 45 années qui s'écoulent de 1851 à 1895. (Voir les Statistiques du Dr Tatham, compilées pour la Commission Royale de 1896 sur la tuberculose. Aussi le Dr Schjermin sur la Phtisie dans l'Armée Allemande (1er jour), et Dr Köhler sur sa distribution dans la Population Générale (1er jour).

7° L'infection tuberculeuse en général, et la phtisie ou tuberculose pulmonaire en particulier, ne s'attrapent pas, dans le sens populaire du mot. La maladie n'est pas transmise par l'haleine, pas même par la toux, sauf de rares exceptions. et l'on ne la prend pas, comme la scarlatine ou la rougeole, par le contact avec un malade consommeur. Il est vrai qu'il doit y avoir, dans tous les cas de maladie infectieuse, un passage réel d'une personne à l'autre du contagion de la maladie; mais, au point de vue pratique, il y a une différence très grande entre des maladies comme le typhus et les oreillons, qui se transmettent par simple contact, et des maladies comme la fièvre typhoïde ou la pneumonie, qui ne se transmettent pas ainsi. Pour la phtisie, on peut dire que ce n'est pas chez le patient, mais dans son expectoration que siège le danger.

8° Divers orateurs, au Congrès, ont insisté sur les points pratiques suivants dans la prévention de la tuberculose, maladie destructive et très étendue.

A.—L'importance d'une ventilation large et d'une nourriture

saine et abondante. L'amélioration, dans ce pays, des habitations et de la nourriture des classes pauvres, l'augmentation chez elles de la propreté et de la sobriété, ont non seulement diminué la maladie en général, mais réduit directement le nombre de morts par consommation jusqu'à ce que la mortalité par cette maladie dans la ville de Londres soit devenue inférieure à celle de n'importe quelle autre grande cité. (Il est cependant important de signaler que la mortalité des jeunes enfants par maladie des intestins a très peu, si quelque peu, diminué. Voyez les conférences Harben de Sir Richard Thorne Thorne).

B.—La prévention de l'infection des poumons par le bacille de la tuberculose repose surtout sur le traitement rationnel des crachats des consomptifs, ou plutôt, au point de vue pratique, des crachats de toute personne affectée de toux et d'expectoration. Les mucosités ne doivent jamais être déposées sur le sol ou dans un mouchoir, où elles peuvent sécher; on doit les tenir humides jusqu'à ce qu'on puisse les détruire par la chaleur, et le vaisseau employé pour les recevoir doit contenir du phénol ou toute autre solution antiseptique.

C.—On peut établir la prévention de l'infection par le lait tuberculeux soit en faisant bouillir tout lait donné en nourriture aux enfants, soit en inspectant les laiteries, afin d'empêcher l'usage des vaches laitières atteintes de tuberculose.

D.—On peut établir la prévention de l'infection de la viande en établissant une inspection soigneuse et complète des carcasses, ou en soumettant les animaux à l'épreuve de la tuberculine pour reconnaître la maladie. Cette application, la seule dont l'utilité ne soit pas douteuse, de la soi-disant tuberculine offre le désavantage, après que l'effet de l'inoculation est passé, de rendre les animaux tuberculeux insensibles pour un certain temps à son action, ce qui permet alors de les passer pour sains. (On dit que ce moyen est employé pour *immuniser* des bestiaux suspects de tuberculose avant de leur faire passer la frontière de France).

9° La question du traitement de la phtisie n'a été qu'une partie supplémentaire dans le travail du Congrès, et le sujet est trop considérable pour pouvoir le traiter dans un rapport de cette nature.

Cependant les faits suivants méritent d'être cités, car il est important que le peuple et ceux qui le gouvernement en soient instruits :

a. La tuberculose des os, des articulations, des glandes, de la peau, de l'abdomen, bien que dangereuse, n'est pas incurable, et elle est guérie avec succès dans la plupart des cas par les méthodes modernes de médecine opératoire.

b. La tuberculose des poumons (phtisie ou consommation) se guérit fréquemment, et probablement plus souvent maintenant qu'autrefois (Curschmann, de Leipzig, 4e jour du Congrès).

c. Il n'y a aucun médicament spécifique ayant une influence directe sur la consommation; mais un grand nombre de médicaments, anciens et nouveaux, ont une action favorable sur les complications. (Sur l'Action de la Nouvelle Tuberculine, voir la communication de Briger, le 2e jour du Congrès, et le travail du Dr C. L. Williams dans

les comptes-rendus de cette année de la Société Médico-Chirurgicale).

d. Une nourriture abondante, surtout de nature grasse, et la vie en plein air ont une valeur aussi grande dans le traitement que dans la prévention de la phthisie, et les hôpitaux et asiles qui fournissent ces points essentiels (ils sont maintenant nombreux en Allemagne, et loin d'être rares en Angleterre, en Autriche, en Hongrie, en France et aux Etats-Unis), sont d'une utilité essentielle. Le professeur Von Leyden a reconnu sans restriction (1er jour du Congrès) que le traitement en plein air est connu et pratiqué depuis longtemps en Angleterre (comparez les travaux de Kaurin (Norvège), Westhoven (Ludwigshaven), J. R. Walters (Londres), Desider Kuthy (Budapesth), Schmid (Suisse), Domene (Espagne), 4e jour).

e. L'influence du climat, de l'altitude, de la température, de la sécheresse de l'air et du sol, des déplacements, des voyages en mer, a été jugé de diverses manières à différentes époques, et bien que chaque chose ait son importance à un degré différent, l'opinion publique s'exagère probablement leur action (Hermann Weber, de Londres, 4e jour du Congrès).

f. Les chances d'une augmentation de succès dans le traitement de la tuberculose en général, et de la consommation en particulier, grâce au perfectionnement de la pathologie et au progrès de la chirurgie et de la médecine, sont encourageantes, presque aussi encourageantes que celles de la diminution de la maladie par les mesures préventives.

De l'action du sérum antistreptococcique dans l'érysipèle de la face.— L'accord est loin d'être fait sur la valeur du sérum antistreptococcique, et la parole est aux faits. C'est pour apporter de nouveaux éléments à la discussion que le Dr André a publié dans la *Revue Médicale de l'Est* cinq observations d'érysipèles graves de la face traités par la sérothérapie.

De ces faits il résulte : 1° que, même quand le résultat a été incomplet, c'est, sauf une fois sur dix, en 24 heures qu'il a été obtenu; 2° que le sérum peut faire tomber la fièvre d'un degré très élevé à la normale par une chute brusque, sans lysis; 3° que même quand cette chute brusque ne se produit pas, l'inoculation de sérum a toujours une influence heureuse qui s'indique sur la température par un abaissement d'un demi degré, d'un degré et même davantage, ce qui tend à prouver que l'action du sérum continue pendant plusieurs jours, ou que l'impulsion qu'il donne à l'organisme a une action assez prolongée.

Il semblerait que c'est à des intervalles de 48 heures que les injections doivent être renouvelées : une fois une injection a suffi; trois fois il en a fallu deux; une fois trois.

On a dit que l'érysipèle continuait son évolution à froid quand le sérum réussissait à abaisser la température. Ce fait n'a été remarqué qu'une seule fois.

Les inoculations n'ont eu aucun retentissement local ni général. Les urines n'ont été modifiées ni dans leur quantité, ni dans leur qualité, du moins en ce qui concerne l'albumine.—(*L'Abeille Médicale*).

FORMULAIRE

FLATULENCE.

R. Naphtol beta.....	2 grains
Charbon de peuplier.....	8 —

Sig. Pour un cachet à prendre à la fin des repas, afin d'éviter les fermentations chez les dyspeptiques.

Quand la flatulence a commencé, le malade doit apprendre à aider mécaniquement la sortie des gaz : ouvrir l'œsophage en ingurgitant un peu d'air et en abaissant et relevant successivement la tête. Les gaz s'échappent avec bruit, mais sans douleur.

Dès qu'il est rendu évident par l'abondance des éructations que la digestion ne se fera pas normalement, il vaut mieux vider l'estomac.

On donnera alors au malade :

R. Craie préparée.....	15 grains
Sous nitrate de bismuth.....	1 à 10 —
Chlorhydrate de morphine.....	1ʒ60 à 1ʒ80 —
Magnésie hydratée.....	1. —

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

Ensuite le malade se reposera, et quand le besoin d'aliments se fera sentir, après une ou deux heures, on lui donnera du lait additionné d'eau de chaux.

Si la crise est particulièrement douloureuse et accompagnée de migraine, il vaudra mieux donner un hypnotique. L'hypnal, qui est une combinaison définie de chloral et d'antipyrine non irritante, est préférable au chloral. Dose : 15 à 30 grains. Le malade s'endort alors et cesse de souffrir, et quand il se réveille, la crise est terminée.

ALBERT ROBIN.

Dans les flatulences nerveuses, la *potion éolienne* de Coutaret ferait des merveilles :

R. Acide sulfurique chimiquement pur.....	20 gouttes
Acide nitrique.....	5 —
Alcool de vin à 80° C.....	3 drachmes

Laisser en contact pendant deux jours, puis ajouter :

Elixir parégorique.....	2 drachmes
Elixir de Garus.....	} à 2 onces
Hydrolat de menthe.....	
Sirop d'éther.....	

Sig. Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau au moment où se produit le météorisme. Répéter la dose suivant les besoins.

COUTARET.

CONSTIPATION.

Poudre laxative de Dujardin-Beaumetz :

R. Follicules de séné passés à l'alcool.....	} àâ 1½ drachme
Soufre sublimé.....	
Anis étoilé en poudre.....	} àâ 45 grains
Fenouil.....	
Crème de tartre.....	½ drachme
Sucre.....	6 drachmes
Poudre de réglisse.....	2 —
Mêlez exactement.	

Sig. Une cuillerée à dessert dans un demi verre d'eau, le soir, avant de se coucher.

DUJARDIN-BEAUMETZ.

DYSPEPSIE ATONIQUE.

Elixir de Gendrin :

R. Eau distillée de menthe.....	8 onces
Extrait de cascarille.....	} àâ 1 drachme
— gentiane.....	
— absinthe.....	
— myrre.....	
Fleurs de camomille.....	1½ drachme
Ecorce d'oranges amères.....	2½ —
Sous-carbonate de potasse.....	½ once.
F. S. A. Elixir.	

Sig. Prendre une cuillerée à café dans un peu d'eau, de cinq minutes à un quart d'heure avant le repas.

GENDRIN.

R. Sulfate de potasse.....	} àâ 1 grain
Azotate de potasse.....	
Bicarbonate de soude.....	5 —
Poudre d'ipéca.....	¼ —

Sig. Pour un cachet à prendre avant les repas.

ALBERT ROBIN.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTREAL, SEPTEMBRE 1899

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE.

32ème réunion : Toronto, 30-31 août, 1er septembre 1899.

L'Association Médicale Canadienne a tenu sa 32e réunion annuelle à Toronto, les 30 et 31 août et le 1er septembre 1899. Près de deux cents médecins, venus des diverses provinces de la Confédération, depuis Halifax jusqu'à Vancouver, ont assisté à cette réunion, qui a été un véritable succès, tant au point de vue de l'assistance qu'au point de vue de la valeur des travaux présentés.

Le Dr Irving H. Cameron, président de L'Association, a présidé les délibérations et déploré, dans son discours d'ouverture, l'encombrement de la profession médicale.

Plusieurs des communications ont soulevé beaucoup d'intérêt parmi les membres et donné lieu à des discussions intéressantes.

Le professeur Adami, de McGill, a parlé longuement de la tuberculose bovine au Canada. Suivant l'auteur, aucun pays de la zone tempérée ne donne une statistique aussi avantageuse de celle du Canada. En 1898, sur 1000 bêtes à corne inoculées à la tuberculine, 5070 ont réagi, et à Montréal, en 1894, sur 90000 animaux importés, 80 furent rejetés, et 2 seulement étaient tuberculeux. Cette même année, sur 2500 bêtes examinées, 14 montrèrent des signes de la tuberculose. Cette rareté de la tuberculose chez les bovidés serait due au soin que l'on donne à l'importation du bétail et à l'élevage des animaux en plein champ.

Le Dr Adami croit, avec l'inspecteur en chef McEachran, qu'on pourrait, sans dépenses trop considérables, faire disparaître en trois ou quatre ans la tuberculose bovine du Canada. Il est très en faveur, comme moyen prophylactique, de la méthode de Bang. Il voudrait que le gouvernement nommât un corps d'inspecteurs pour visiter tous les troupeaux, abattre moyennant compensation tous les animaux cliniquement tuberculeux, isoler ou acheter pour le gouvernement tous ceux qui réagiraient à la tuberculine, et désinfecter toutes les étables.

Cette éradication de la tuberculose peut se faire à très peu de frais, si l'on considère les profits énormes qui en résulteraient. Car, du moment qu'on ferait disparaître des troupeaux canadiens la tuberculose, le Canada deviendrait un centre d'élevage de premier ordre, et les pays européens viendraient renouveler leurs troupeaux chez nous, ne pouvant le faire chez eux.

Plusieurs membres approuvèrent les vues du Dr Adami, et il est probable que le ministre de l'agriculture à Ottawa, a dit le Dr Roddick, présentera l'année prochaine un projet de loi ayant pour but l'éradication de la tuberculose bovine.

Parlant de la tuberculose humaine, le Dr Elliott a donné les résultats du traitement des consomptifs au sanitarium de Gravenhurst, qui est situé, comme on sait, dans la région de Muskoka, au nord de la province d'Ontario. L'année dernière, sur 17 cas traités au début, 11 ont guéri. Sur 31 cas plus avancés, 3 ont guéri, et dans 20 autres, la maladie a cessé de progresser. Enfin, dans 21 cas très avancés, il n'y a pas eu de mort, et dans 4 cas la maladie est restée stationnaire. Enfin, 35 0/0 des patients ont quitté le sanitarium n'ayant plus de bacilles dans leurs crachats, et ayant gagné du poids pendant leur séjour dans la région.

Le Dr J. M. Elder, de Montréal, a rapporté sept observations de fracture du crâne traitées à l'hôpital général et guéries, et il a insisté sur ce fait que ces fractures, autrefois si dangereuses, sont devenues plus faciles à contrôler avec les moyens que la chirurgie moderne et l'asepsie mettent à la disposition du chirurgien.

Notre ami le Dr Adelstan de Martigny, de la *Clinique*, a rapporté deux cas d'érysipèle traités avec succès par le sérum de Marmoreck.

A notre avis le travail du Dr Richardson, de Toronto, sur les guérisseurs par persuasion (Christian Science), et la discussion qui suiviraient dû être supprimés du programme. Il n'y a aucun avantage à donner de l'importance, aux yeux du public, à un système de charlatanisme qui n'en a pas par lui-même, et il vaut mieux, en face des exploités de la crédulité publique, lever les épaules que les discuter.

La question de la licence interprovinciale, si impatiemment attendue par tous les membres, n'est venue sur le tapis que le dernier jour; mais le rapport du comité spécial, pour avoir été retardé par plusieurs séances prolongées, n'en a pas moins été complet et définitif, et le projet si longtemps caressé entre maintenant dans sa phase d'exécution, car le plan soumis par le Dr T. G. Roddick, de Montréal, a été adopté à l'unanimité par les membres de l'Association. Il ne reste plus qu'à compléter la rédaction du nouveau *bill*, rédaction qui devra être approuvée par chaque bureau provincial, et à le soumettre à la législature fédérale.

Avant d'examiner en détail le projet de loi, nous désirons signaler deux points importants revendiqués par les représentants de notre Bureau Provincial de Médecine, MM. les Drs E. P. Lachapelle et R. Marsolais, et concédés par le comité à l'unanimité. L'importance de ces deux points n'échappera à personne et chacun pourra se convaincre qu'ils sauvegardent entièrement les droits et les intérêts de notre Province.

1° Chaque province restera libre de se retirer du pacte fédéral quand bon lui semblera ; 2° l'anglais et le français seront facultatifs aux examens, le candidat choisissant lui-même la langue dans laquelle il sera examiné, et les comités d'examen devront être composés en conséquence.

Ainsi donc, si la province de Québec constate que, dans la nouvelle organisation, ses droits sont méconnus et sacrifiés, elle aura le droit, n'importe quand, de se retirer du pacte fédéral, et les candidats Canadiens-français ou Acadiens, qui se présenteront devant le Bureau fédéral, auront le droit de subir leurs examens en français.

Le Dr Lachapelle a exposé au Comité, composé des délégués officiels des diverses provinces, que la province de Québec a toujours été en faveur de la réciprocité interprovinciale, que de fait elle l'a accordée pendant plusieurs années aux autres provinces, lorsque celles-ci la lui refusaient ; qu'elle est encore en faveur d'une licence interprovinciale, tel que proposé par le Dr Roddick, mais, que devant nécessairement constituer une minorité dans ce pacte fédéral, elle devait s'assurer à l'avance que ses droits seraient sauvegardés, et par la liberté de sortie en aucun temps du pacte fédéral, et par la reconnaissance du français, comme langue facultative aux examens. Le Dr Marsolais a appuyé le Dr Lachapelle, et le Comité, reconnaissant le bien-fondé de leurs prétentions, a fait droit à leur demande, après une discussion courte et amicale.

Voici le texte de la résolution adoptée par les membres de l'Association Médicale Canadienne :

“ Considérant que le degré d'instruction pour la profession de médecine et de chirurgie, et que le degré des qualifications exigées pour la pratique de cette profession, varient dans chacune des provinces du Canada, et que l'unification de ces divers degrés, et la création d'un degré uniforme dans tout le Dominion est désirable ;

“ Considérant que les médecins et chirurgiens de chaque province, licenciés pour pratiquer la médecine dans cette province, ne peuvent pas obtenir les bénéfices de l'enregistrement d'après les lois médicales (Medical Acts) du Royaume-Uni de la Grande Bretagne et d'Irlande, parce que, d'après les clauses de ces lois, les qualifications requises pour cet enregistrement doivent être fixées par le Parlement du Canada ;

“ Considérant qu'un médecin ou un chirurgien enregistré conformément à la loi dans une province ne peut pas pratiquer légalement dans une autre province sans être enregistré de nouveau dans cette province ;

“ Considérant que pour les causes précédentes, des inconvénients sérieux en résultent pour le public, les médecins et les chirurgiens ;

“ Considérant que l'Association Médicale du Canada, qui est une société composée des membres de la profession médicale de chacune des provinces du Canada, et les représente, a déclaré, par une pétition qu'il est désirable d'unifier, et, si possible, de rendre uniformes les divers degrés de qualifications exigées par les différentes provinces du Canada pour l'admission à l'étude et pour la pratique de la médecine ; et que le meilleur moyen d'établir cette unification, c'est de

créer une autorité centrale ayant le pouvoir de faire subir des examens à toute personne désirant pratiquer leur profession dans plusieurs provinces du Canada, et d'établir et de maintenir dans ce but un système d'enregistrement ;

“ Considérant que les pouvoirs législatifs de chacune des provinces du Canada ne leur permettent pas de créer une telle autorité centrale, la juridiction de chaque province étant limitée à la dite province, et ne s'appliquant qu'à des questions provinciales seulement ;

“ Considérant qu'il est expédient de créer une corporation à qui les législateurs des différentes provinces puissent, si elles jugent à propos de le faire, confier les pouvoirs nécessaires pour effectuer les diverses choses mentionnées précédemment ;

“ Et considérant que la création de ce pouvoir serait pour le bien général du Canada, et faciliterait le progrès de la médecine et de la chirurgie dans toute la Puissance du Canada,

Il est résolu que l'Association Médicale du Canada approuve fortement le projet tel que rédigé par le Comité et présenté à cette réunion, et prie le Dr Roddick de continuer ses efforts pour compléter ce projet et le mettre à exécution par telle législation qui sera jugée nécessaire, et que les pouvoirs d'agir à ce propos lui soient conférés par l'Association.”

Le projet de licence interprovinciale est donc adopté par la profession médicale, qui s'est prononcée d'abord par l'entremise de ses bureaux provinciaux de médecine, et enfin par l'Association Médicale Canadienne. Ce projet n'affecte en rien l'organisation des provinces.

Notons en passant qu'il ne sera pas nécessaire, pour mettre ce projet à exécution, d'amender l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord. Du moins il résulte des explications données à Toronto, par le Dr Roddick, que la section 91 de cet acte donne le pouvoir au gouvernement fédéral de légiférer sur toutes matières concernant l'ordre, la paix et le bon gouvernement du Canada, et qui n'ont pas été déléguées aux provinces. L'enregistrement médical fédéral tomberait sous l'effet de cette clause.

Le Dr Roddick demandera donc au gouvernement fédéral de créer un bureau médical central chargé de fixer le degré de qualifications qui sera exigé pour conférer la licence fédérale, de nommer un bureau d'examineurs, de tenir un registre spécial, et qui sera connu sous le nom de “ Collège des Médecins et Chirurgiens du Canada.” Chacune des provinces du Canada sera représentée dans le Bureau par trois membres, dont l'un nommé par le gouverneur général en conseil, l'autre par le bureau provincial de médecine, et le troisième sera *ex-officio* le président du bureau provincial. Il y aura donc vingt-quatre membres dans le bureau fédéral. Le terme d'office sera de quatre ans.

Le bureau élira un président, un vice-président, un registraire qui pourra être en même temps secrétaire et trésorier, et un comité exécutif. Il devra se réunir une fois par année, au lieu et à la date fixés par lui. Il nommera, à chaque assemblée annuelle, un bureau d'examineurs dont la composition n'est pas encore déterminée.

Pour obtenir la licence fédérale, il faudra subir d'abord un examen de brevet ou d'enregistrement conforme aux exigences du Bureau Fédéral, suivre ensuite un cours de cinq années, dont quatre d'enseignement théorique et pratique, et une d'enseignement exclusivement clinique dans un hôpital, et enfin subir avec succès l'examen final ou de pratique devant le Bureau fédéral d'Examineurs. Le candidat choisira la langue dans laquelle il désire subir son examen. Cependant la nouvelle loi aura un effet rétroactif, et tout médecin qui aura dix années de pratique au moment où la loi deviendra en force pourra en bénéficier sans subir d'examen. En outre de la licence fédérale, le médecin qui sera membre du Collège des Médecins et Chirurgiens du Canada devra, pour pratiquer dans n'importe quelle province, prendre et payer la licence de cette province, qu'on lui donnera sans examen.

Tel est, dans ses grandes lignes le projet de loi adopté par l'Association Médicale Canadienne. Il ne reste plus qu'à rédiger le texte de la nouvelle loi, texte qui devra être soumis à l'approbation d'un Comité composé de délégués officiels de chaque bureau provincial, et à le faire adopter par la législature fédérale. Nous en entendrons donc parler à la prochaine session à Ottawa.

BIBLIOGRAPHIES.

BOUCHARD et BRISSAUD.—*Traité de Médecine*, publié sous la direction de MM. BOUCHARD, professeur de pathologie générale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut, et BRISSAUD, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.—Deuxième édition.—Paris, Masson et Cie, Editeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, 1899.

Il y a maintenant sept ans qu'a paru la première édition du *Traité de Médecine*. Depuis, Charcot est mort, et la médecine a fait de nouveaux progrès. Mais, comme dit Bouchard dans la préface, "la doctrine nouvelle subsiste, et ce qui est nouveau, c'est qu'on ne la combat plus ; elle se confirme et se consolide." Aussi la rédaction de cette édition nouvelle, sous la direction de MM Bouchard et Brissaud, est restée la même, et le nouvel ouvrage ne varie qu' dans ses détails. C'est ainsi que, pour plus de commodité, il paraitra en dix volumes au lieu de six.

La raison de cette édition nouvelle nous est expliquée par M. Bouchard. "Le *Traité de Médecine* s'est distingué par un triple caractère : il a été le premier livre didactique où ait trouvé place la doctrine des maladies par trouble préalable de la nutrition ; il a été, chez nous, le premier traité de médecine interne qui ait donné à la doctrine de l'infection l'importance et l'ampleur qui lui appartiennent ; il a offert de la pathologie du système nerveux un tableau complet, écrit sous son inspiration par les élèves du Maître qui avait le plus contribué aux progrès étonnants accomplis en un tiers de siècle dans cette branche de la science. Ce triple caractère a valu au

livre son succès, que nous affirme notre éditeur. Ce succès, auquel MM. Masson ont certainement contribué par leurs soins et leurs sacrifices, a été invoqué comme argument en faveur de la publication d'une nouvelle édition."

Nos lecteurs connaissent déjà l'importance de cet ouvrage, véritable résumé de la science médicale française, auquel une nouvelle édition ne peut qu'ajouter de la valeur en mettant toutes choses au point. Un long éloge serait donc inutile.

Deux volumes de la deuxième édition ont déjà paru.

TOME I.—Ce tome comprend : *Les bactéries*, par M. L. GUIGNARD, membre de L'Institut (pages 1 à 88) ; *Pathologie générale infectieuse*, par A. CHARRIN, professeur remplaçant au Collège de France, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, (pages 85 à 276) ; *Troubles et maladies de la nutrition*, par P. LEGENDRE, médecin de l'hôpital Tenon, (pages 277 à 632) ; *Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux*, par G. H. ROGER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, (pages 633 à 841).—Prix : 16 francs.

TOME II.—Ce tome comprend : *Fièvre typhoïde*, par A. CHANTE-MESSE, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, (pages 1 à 214) ; *Maladies infectieuses*, par Vidal, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux, (pages 215 à 404) ; *Typhus exanthématique*, par L. H. THORNOT, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, (pages 405 à 434) ; *Fièvres éruptives*, par Louis GUINON, médecin des hôpitaux, (pages 435 à 602) ; *Erysipèle*, par Emile BOIX, chef de laboratoire à la Faculté, (pages 603 à 652) ; *Diphthérie*, par A. RUAULT, médecin honoraire de la Clinique laryngologique des Sourds Muets, (pages 653 à 806) ; *Rhumatisme articulaire aigu*, par A. Cettinger, médecin des hôpitaux, (pages 807 à 854) ; *Scorbut*, par Louis TOLLEMER, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau (pages 855 à 890).—Prix : 16 francs.

International Clinics : A Quaterly of Clinical lectures on Medicine, Neurology, Surgery, Gynecology, Obstetrics, Ophthalmology, Laryncology, Pharyncology, Rhinology, Otology and Dermatology, and specially prepared articles on treatment and drugs : by professors and lecturers in the leading medical Colleges of the United States, Germany, Austria, France, Great Britain and Canada, edited by Judson Daland (Univ. of Penna., Philadelphia.—Volume II, ninth series, 1899.—J. B. Lippincott Company, Philadelphia. Octavo-royal de 310 pages, illustré de planches et de gravures. Agent pour la Puissance du Canada : Charles Roberts, 1524 Ontario, Montréal. Les articles contenus dans ce volume sont dus à la plume de MM. les Drs Holländer, Jaccoud, Fournier, Gutzman, Beates, Grancher, Brocq, H. Grant, E. Grawitz, Hare, Kovacs, Elsner, C. Lester Leonard, Hinsdale, Anders, Lyman, Sinclair, Walton, EsKridge, Von Bergmann, Keen, Halstead, König, Holmes, Gibney, Taylor, Schäfer, Greene Comston, Harsha, Bacon, Montgomery, Jackson, Cheatham, Fraenkel, et Lassar.