

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:

Continuous pagination.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

SOMMAIRE

PAGES.

403 — **Programme.** LA DIRECTION

NÉCROLOGIE.

405 — Le professeur Norbert Fafard *S. Lachapelle*

MÉMOIRES.

- 408 — Traitement diététique de la gastro-entérite infantile.. *Dubé*
417 — La paralysie intestinale dans la fièvre typhoïde : observation suivie d'autopsie..... *Benoit*
427 — Deux observations de kystes hydatiques traités par l'intervention chirurgicale *Mercier*

REVUE GÉNÉRALE.

- 439 — Le traitement de la pneumonie franche (suite et fin). *Hervieux*
447 — La Formaldéhyde comme désinfectant..... *Benoit*

SOCIÉTÉS.

- 452 — Les fêtes de la Société Médicale de Québec..... *Le Sage*
459 — L'assemblée annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec..... *Benoit*

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 463 — Polyurie hystérique — De la tuberculose chez les gardes malades — Sur l'examen du sang dans le cancer de l'estomac — Tuberculose et mariage — Cause et traitement de l'érysipèle de la face.... *Duclé*
464 — Les amygdales porte d'entrée de la tuberculose — Le pronostic éloigné des pleurésies séro-fibrineuses — Que faut-il penser des *Senatoria*? — Le rein mobile..... *Le Sage*

CHIRURGIE.

- 469 — De l'asepsie opératoire *Mariën*

OPHTALMOLOGIE.

- 474 — Conduite à tenir en présence des plaies du globe oculaire..... *Boulet*

GYNÉCOLOGIE.

- 477 — Traitement de l'injection purepiale..... *Harwood*

OBSTÉTRIQUE.

- 480 — La tuberculose dans ses relations avec la grossesse.. *Dubé.*

PÉDIATRIE.

- 481 — Contribution à l'atologie de la gastro entérite aiguë des nouveaux nés — La déclaration obligatoire de la rougeole et de la pneumonie infectueuse.. *Dubé*
 482 — Deux cas d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant... *Le Sage*

THÉRAPEUTIQUE.

- 483 — Traitement des angiomes par l'électrolyse — Le gaiacol dans l'épidegymite — Photothérapie de la rougeole — Zomothérapie ou traitement de la tuberculose par la viande crue..... *Herzviex*
 488 — Du traitement de la pneumonie par la levure de bière..... *Dubé*
 489 — Prophylaxie et traitement de la gonorrhée par le blende méthylène — Peut-on donner des aliments liquide aux dilatés de l'estomac ? — Traitement du mal de mer par l'élixir parégorique — Traitement de la syphilis en général et du Tabus post-syphilitique..... *Le Sage*

PHARMACOLOGIE (formulaire).

- 492 — Acnée rebelle — Aronxie — Blennorrhagie — Chancre mou — Coqueluche.

VARIA.

- 493 — Nettoyage des aiguilles hypodermiques — Club médical à Paris — Science et police — Dyssentéric — Le club des appendicités — Trurasthénie et divorce — Un monstre — Le cyclisme et le crime — Indication thyroïdienne — Monstre hétéradelphe — Les spécialités.

BIBLIOGRAPHIE.

- 496 — Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris par Saulien et Dubois, internes..... *Le Sage*
 496 — Les albuminuries curables par le professeur Tressier de Lyon.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PROGRAMME

L'UNION MÉDICALE du Canada entre aujourd'hui dans une phase nouvelle de son existence.

Les nouveaux propriétaires de l'Union ont parfaitement conscience des sérieuses obligations morales qu'ils assument. Ils savent que cette Revue médicale a déjà fourni une carrière bien remplie de vingt neuf années de lutttes pour l'existence et de travail constant pour la dissémination, au Canada, des idées scientifiques courantes et plus spécialement des rapides progrès de la science médicale.

Fondée en 1871 par les docteurs Rottot, Dagenais, L. J. P. Desrosiers et un comité de 25 médecins, l'Union eut plus tard comme rédacteur le docteur George Grenier.

Après quelque temps le docteur E. P. Lachapelle assumait la direction du journal, messieurs S. Lachapelle et J. B. A. Lamarche s'attachant à la rédaction.

Le dernier propriétaire de l'UNION MÉDICALE fut le docteur J. B. A. Lamarche qui s'adjoignit successivement, comme rédacteurs MM. Hughes E. Desrosiers, M. Brennan et E. P. Benoit.

Ces messieurs firent de l'UNION MÉDICALE du Canada une œuvre d'un mérite réel, sans en attendre de bénéfices matériels.

Inutile de dire que la nouvelle direction se propose de marcher sur les traces de ses devanciers. Tout le monde sait du reste, que la publication d'une revue scientifique n'est pas le moyen le plus sûr de parvenir rapidement à la fortune.

Mettant donc de côté tout intérêt personnel, tout esprit de coterie nous donnerons sans compter à l'UNION MÉDICALE notre bonne volonté, notre travail, pour en faire une publication qui continuera de répandre dans la profession médicale du Canada

les saines idées médicales qui ont cours de par le monde scientifique.

Dans ce but, chaque numéro contiendra quelques travaux originaux sur des sujets médicaux ou simplement scientifiques.

La division du travail rendant ce dernier plus facile, nous chargeons aussi de publier chaque mois, une analyse aussi complète que possible de tout ce qui paraîtra de plus instructif et de plus intéressant dans les revues médicales étrangères ou canadiennes.

Pour donner plus de valeur à cette partie de notre journal, nous nous ferons un devoir de laisser à chacun, selon sa spécialité, le soin d'analyser les articles traitant de sujets spéciaux: la médecine aux médecins, la chirurgie aux chirurgiens. Nous espérons que les analyses auront de ce fait un cachet particulier d'intérêt que les fera mieux goûter des lecteurs de l'Union.

Chaque numéro de l'UNION MÉDICALE apportera aussi la publication des différentes sociétés savantes du pays ou de l'étranger.

Nous invitons bien cordialement tous les confrères de bonne volonté et d'étude à collaborer à notre œuvre qui est, un peu, l'œuvre universelle au pays. Plusieurs déjà nous ont promis leur entier concours: nous tenons à les en remercier d'avance et nous disons à tous que nous ne marchandons jamais l'hospitalité, à une publication de travail original, d'analyse ou d'observation personnelle.

Mais afin de ne pas nous laisser distraire, rédacteurs, collaborateurs et lecteurs, des travaux sérieux que nous entreprenons de concert, la direction s'interdit considérément toute polémique acrimonieuse.

Voilà, chers collaborateurs, la ligne de conduite que se trace la nouvelle direction.

Notre programme est simple et notre but unique: travailler à notre avancement scientifique et répandant par tout le pays les idées nouvelles qui germent dans les centres intellectuels du monde entier.

LA DIRECTION.

NÉCROLOGIE.

LE PROFESSEUR NORBERT FAFARD.

Les médecins du commencement de ce siècle disaient que la mort subite arrivait par le cerveau, les poumons ou le cœur; les médecins d'aujourd'hui ont ajouté: par les reins le plus souvent: la triade classique n'est plus.

Nous n'essaierons pas de pénétrer ce mystère des mystères, à l'occasion de la mort du regretté docteur Norbert Fafard.



professeur de chimie et de toxicologie, à l'Université Laval de Montréal. Cette mort a été un véritable coup de foudre, ce qui prouve combien tous tenaient en haute estime l'illustre défunt.

Deux de ses plus intimes, demandés en toute hâte auprès du mourant, nous ont dit dans " La Presse " et " La Patrie " la lugubre nouvelle. Nous en extrayons deux passages qui forment un tout complet :

" Voilà un nom familier dans le monde des sciences médicales et que l'on répétera longtemps à bien des foyers, comme

la personnification du médecin sympathique, dévoué, ne comptant jamais, ni son temps, ni ses pas, donnant également à tous, pauvres et riches, — pauvres surtout puisqu'ils sont le grand nombre, — et sa science incontestable et son cœur inépuisable. Le bon docteur N. Fafard, en effet, n'est plus.

Hier matin, il fut trouvé mort, assis dans son grand fauteuil d'études, près de sa fenêtre entr'ouverte, le visage calme, comme si son âme s'était envolée, sans une douleur de son corps, sans la moindre déchirure de son enveloppe." (La Presse.)

"Le docteur Fafard possédait à un haut degré le don de l'enseignement et était l'idole de ses élèves. Jamais professeur n'a, mieux que lui, su concilier l'autorité courtoise et respectée à la plus amicale dévotion à ses élèves. Pour lui, l'étudiant était un camarade, qu'il savait entraîner sans heurt, dans la voie de la discipline et les sentiers les plus abruptes de la science. Peu de professeurs peuvent se flatter d'avoir l'intelligence plus communicative que ne l'avait le distingué défunt. Son cours était une causerie intime, avec exemple au précepte, l'application suivait toujours de près la théorie, pénétrant et subjuguant les cerveaux les plus rétifs. . .

Il discutait sans passion, avec une jovialité dont il ne se départissait jamais, convainquant tout le monde par sa logique et la justesse de son jugement." (La Patrie.)

Cette affectueuse appréciation de deux collègues qui lui touchaient de plus près, est bien la vraie note recueillie et répétée par le nombre déjà si considérable des médecins sortis de l'Université Laval à Montréal, depuis vingt ans.

Comme Pasteur, renvoyant à son vieux professeur de chimie J.-Bte Dumas, le mérite de ses propres succès, et l'éclat de la gloire acquise, ceux-ci se plaisent, bien volontiers, autour de cette tombe sitôt ouverte, sitôt fermée à payer le même tribut.

Quelle faucheuse de médecins, quelle faucheuse de professeurs, que cette mort! Comme la liste des disparus est déjà longue dans cette institution naissante, dans cette université, à son berceau! Filiatrault, Berthelot, Laramée, Dagenais, Desrosiers, Potevin, Fafard!

En moyenne un tous les trois ans! Elle dit donc vrai la statistique, qui nous fait mourir plus que les autres! Oui, c'est vrai, et cela doit être, si les prescriptions hygiéniques valent

quelque chose, car pas un peut, plus difficilement que le médecin, les mettre en pratique. Ajoutez à cela, par surcroît, l'assujettissement — terrible fardeau, — de l'enseignement universitaire quotidien, à heure fixe, malgré la surcharge de la pratique de la nuit, comme du jour, sans salaire convenable comme compensation réparatrice et vous comprendrez comment elles partent vite les victimes du devoir, et comment il est impérieux pour la génération qui arrive de présenter haut les armes à la génération qui s'en va, et de saluer respectueusement l'officier qui passe dans un cercueil, pendant que le clairon qui a sonné: cessez le feu! fait entendre sa note plaintive.

Le laboratoire semble être une chaire de philosophie; ceux qui s'y livrent, sont irrésistiblement entraînés à la poursuite de l'au-delà; nous en avons un exemple récent dans Paul Gibier qui vient de mourir, à la suite d'un accident de cheval, et qui était devenu chef de l'école occultiste, sa devise était la suivante: le sage sait qu'il n'est qu'une des cellules solidaires de cette grande personnalité collective, qui a nom Humanité. Notre savant chimiste arrivait, où était arrivé à cet âge, à ce sommet de la vie, d'où le regard embrasse plus d'horizon, et aime à se plonger davantage dans l'infini de l'espace, en route vers le Véritable Infini. Nul doute que les hantises du "lendemain de la mort" ont souvent assiégé son esprit philosophique. Mais le cœur était resté profondément chrétien, puisqu'il avait, à diverses reprises, parlé à sa mère de la vie monastique, comme d'un rêve qu'il aurait aimé à réaliser.

Cet élan spontané d'une âme essentiellement droite, la justice divine, qui entend tout, l'a certainement entendu; aussi, en face de cette mort foudroyante, chrétiens confiants, nous disons, avec Louis Veillot: Entre le dernier soupir d'un mourant et le premier instant de l'éternité, il y a tout un océan de miséricorde.

Ajoutons pour l'histoire de la profession médicale au Canada que le docteur N. Fafard paraît au premier rang parmi les chimistes, analystes, l'analyse envahissant tout, préparant ainsi la médecine de l'avenir, qui s'inspirant toute d'étiologie, doit devenir de plus en plus préventive. Dans la nouvelle étape que subit l'Union Médicale, c'est le premier mort, le premier disparu, et c'est un grand souvenir.

SÉVERIN LACHAPELLE.

MÉMOIRES

TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DE LA GASTRO- ENTÉRITE INFANTILE

Par J. E. DUBÉ

Docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur agrégé à l'Université Laval,
médecin de l'Hôtel-Dieu.

Il me faudrait beaucoup d'espace pour traiter, sur toutes ses faces, la grave question des causes et du traitement de la gastro-entérite infantile. La trop grande mortalité chez les enfants du premier âge dans notre beau pays, est cependant une raison plus que suffisante pour s'y arrêter quelque peu. A l'étranger, on parle encore des nombreuses familles chez les Canadiens-français; je crains bien, pour peu que le mal qui envahit petit à petit nos villes gagne nos campagnes, que ces familles de douze à quinze enfants ne soient, avant longtemps, choses du passé. Autrefois, le mariage était bientôt suivi d'un premier-né et le second ne se faisait pas longtemps attendre. Aujourd'hui, la majorité des jeunes filles qui prennent mari sont fort ennuyées lorsque la grossesse arrive. Un trop grand nombre de jeunes femmes savent éviter la maternité au moyen de la douche vaginale, etc., etc. ! Il est évident, qu'avec de tels principes, l'avenir n'est pas des plus rassurants pour notre race. Point n'est besoin d'attendre, comme en France, que le mal soit presque irréparrable pour agir; il faut de suite se mettre à l'œuvre et s'efforcer, nous médecins, de sauver de la mort autant de nourrissons que possible.

Les symptômes de la gastro-entérite sont connus de tous, et son diagnostic est facile à faire auprès du bébé qui en souffre. Je diviserai les petits malades en deux catégories, savoir: 1° Les enfants élevés au sein; 2° Les enfants élevés au biberon.

1° La gastro-entérite des enfants élevés au sein, n'est pas chose commune, et lorsque nous sommes appelés à la soigner il suf-

fit, en général, de passer en revue la journée du petit malade : heures des tétés, etc., pour trouver la cause du dérangement intestinal. Que de fois, j'ai pu constater l'ignorance des mères sur la façon de nourrir leur bébé ! N'y a-t-il pas là un peu de la faute du médecin accoucheur, qui a négligé de donner ses instructions à la mère à propos de l'allaitement de son nouveau-né ? Comment espérer qu'une jeune mère qui n'a jamais entendu parler des soins à donner à un enfant, soit en état de l'élever convenablement ? Il y a bien les conseils de bonnes femmes : voisines ou autres, mais nous savons ce que valent trop souvent, ces conseils obligeants !

La diarrhée du nourrisson élevé au sein, est généralement causée par de l'irrégularité dans les tétés ; par l'adjonction de lait de vache, de bouillies ou autres nourritures, ou enfin par une mauvaise alimentation chez la mère. Il suffira donc de défendre de donner le sein, avant que deux ou trois heures, (suivant l'âge de l'enfant,) se soient écoulées depuis la dernière tété. Il faudra expliquer à la mère tout le tort qu'elle peut causer à son enfant en lui donnant le sein toutes les dix à quinze minutes, au moindre cri poussé par l'enfant. Il faudra lui faire comprendre que l'enfant qui pleure n'est pas toujours affamé et que bien souvent il a besoin d'être changé de couches, etc. Lorsqu'un enfant pleure longtemps avant son heure de boire, il faut voir s'il est mouillé, sali ou non, s'il n'a pas les pieds ou les mains froides, si sa bande n'est pas trop serrée, s'il n'y a pas une épingle qui le blesse. Si rien de cela n'existe, il faut se contenter de le consoler d'une façon ou d'une autre. A propos des nouveaux-nés qui pleurent souvent qu'il me soit permis de faire une digression et de conseiller aux médecins l'usage de la balance dans l'élevage des enfants. Je suis convaincu qu'un nombre considérable de nourrissons meurent de faim ! En effet, interrogez les mères, et plusieurs vous diront qu'elles ont eu des enfants cruels que nés gros et bien portants, ils n'ont cessé de crier jour et nuit, bien que nourris régulièrement au sein ; qu'ils ont maigri chaque jour et qu'enfin ils sont morts après, un, deux, ou trois mois ! J'ai accouché des femmes qui m'ont tenu ce langage, et voici ce que j'ai constaté. Avec la balance j'ai bien vite reconnu, en pesant l'enfant tous les jours, qu'au lieu d'engraisser il maigrissait, puis en prenant son poids avant et

après la tétée, j'ai vu que l'enfant n'obtenait pas une nourriture assez abondante. Que reste-t-il à faire? Du moment que l'on sait combien chaque sein fabrique de lait, il est facile d'ajouter, en consultant les tableaux d'alimentation, fournis par les auteurs, la différence en lait maternisé ou simplement stérilisé. Par exemple, un enfant de quatre semaines doit prendre en moyenne $2\frac{1}{2}$ onces à chaque tétée. Au moyen des pesées avant et après chaque tétée, je constate qu'il n'en prend que $1\frac{1}{2}$ once, j'ajouterai donc après la tétée une bouteille de lait de 1 once environ. Comme le nourrisson doit nécessairement engraisser chaque jour, son poids quotidien me dira si je dois donner ou non plus de lait après chaque tétée. Je comprends qu'il n'est pas toujours possible d'obtenir que chaque client achète une balance, et je sais qu'il n'est pas toujours facile de vaincre le préjugé populaire qui veut que l'enfant que l'on pèse tous les jours doive mourir prochainement. Bien souvent, la jeune mère désirant avoir un enfant gros, ajoute inutilement du lait de vache, ou des bouillies au lait qu'elle lui fournit elle-même. Il suffira de faire disparaître cette erreur dans l'alimentation pour faire cesser la maladie. La diarrhée chez l'enfant peut quelquefois reconnaître pour cause un lait maternel indigeste. Il faudra alors pratiquer soi-même ou demander à un chimiste l'analyse de ce lait. Un lait trop riche en matières grasses peut produire de la diarrhée, il faudra alors veiller à l'alimentation de la mère, lui défendre les viandes et les œufs en trop grande abondance et lui conseiller de l'exercice, marche, etc., tous les jours.

Généralement cette réglementation de l'alimentation est suffisante pour faire cesser les troubles de la gastro-entérite chez l'enfant élevé au sein.

2° Chez l'enfant nourri au biberon les causes de la gastro-entérite sont beaucoup plus fréquentes.

Pour plus de clarté, je crois bon de parler d'abord des causes provenant du lait lui-même et, en second lieu, de celles provenant de l'administration irrégulière de ce lait.

Je suis convaincu que l'on ne s'inquiète pas assez de la qualité du lait de vache dans le traitement de la gastro-entérite. En effet, il ne faut pas croire qu'après avoir bien stérilisé le lait apporté chaque matin par les laitiers de nos villes il n'y ait plus rien à faire.

Pas besoin d'avoir beaucoup voyagé à travers notre campagne voisine de Montréal pour constater le peu d'attention qu'on apporte aux soins des vaches laitières ; la traire est rarement faite avec propreté, c'est d'ordinaire devant l'étable, au milieu du fumier et de saletés de toutes sortes que le garçon de ferme, les mains sales, accomplit sa tâche pendant les mois d'été c'est-à-dire, pendant la saison meurtrière de la gastro-entérite infantile. Ce lait mis dans de grands vaisseaux métalliques fermés plus ou moins hermétiquement, est souvent exposé au soleil, à la gare voisine en attendant le train qui l'emporte en ville. Passez dans la rue St-Jacques près de la gare du Grand Tronc dans le cours de la matinée, et vous verrez chaque jour une quantité de laitiers chargeant leurs voitures de ce même lait encore exposé au soleil, pour aller ensuite le livrer à leurs clients de par la ville.

Ce lait reçu chaque matin à Montréal, est, pour sa moitié, déjà vieux de 10 à 12 heures. En effet, il y a là le lait de la traite du matin même et celui de la traite du soir précédent.

Lorsque l'on connaît la rapidité avec laquelle se contamine et se corrompt le lait pendant les chaleurs, il ne faut pas être étonné de la grande mortalité chez les nourrissons élevés au biberon avec un pareil lait.

Il ne faudra donc pas s'attendre à ce que la stérélisation de ce lait améliore beaucoup la situation. Nous avons dans la ville, un certain nombre d'individus qui gardant leur troupeau de vaches à l'étable peuvent donner un lait meilleur s'ils veulent s'en donner la peine. Mais dans ce dernier cas, le laitier trop souvent nourrit ses vaches avec des feuilles de choux, pelures de pommes de terre et de drèches, grains fermentés venant de la brasserie. Cette nourriture est défectueuse et propre à donner un lait indigeste. Je ne veux pas discuter ici, au long, les soins que le conseil municipal devrait apporter à notre approvisionnement quotidien d'un lait pur. Nos édiles paraissent si bien intentionnés dans leurs réformes, qu'ils n'oublieront pas, je l'espère, cette grave question d'hygiène urbaine.

A cette première et si grande cause de la gastro-entérite, il faut ajouter pour l'enfant au biberon, l'irrégularité des repas, et la négligence de stéréliser le lait.

Je l'ai dit plus haut, les repas devraient être espacés de deux

ou trois heures suivant l'âge. Or il n'est pas rare de voir des enfants prenant la bouteille du matin au soir et du soir au matin. Les mères ne peuvent pas croire qu'un enfant puisse pleurer pour autre chose que pour leur bouteille de lait. J'ai été consulté par une jeune femme toute désolée de voir son enfant âgé de 6 mois aller de mal en pis, bien qu'il fut élevé au lait stérélinisé. Ce bébé qui n'avait droit qu'à 6 repas par jour en prenait 16. Sa mère ne pouvant pas trouver de stérélinisateur assez grand pour contenir les 16 bouteilles en avait acheté deux de huit. Ce sont des faits semblables qui font le plus de tort à la stérélinisation du lait. On stérélinise sans méthode assez souvent, puis on alimente l'enfant, irrégulièrement avec ce lait mal préparé et on s'empresse de condamner la stérélinisation du lait parcequ'on n'a pas eu de succès!

Je ne reviendrai pas sur les soins à donner à l'enfant qui pleure, j'ai, à propos de l'enfant au sein, insisté suffisamment sur l'importance de ne jamais donner les repas en dedans de deux heures.

Je voudrais seulement indiquer quelques causes d'erreurs dans la stérélinisation du lait. Tous les médecins connaissent la forme du stérélinisateur le plus usuel et la manière de s'en servir. Il n'en est pas de même de nos clients et il est bon de leur dire où acheter cet appareil et de bien leur enseigner les moyens de s'en servir. Pour que la stérélinisation du lait soit efficace, il faut qu'après avoir bouilli 30 à 40 minutes, le lait soit refroidi subitement et déposé dans une glacière jusqu'au moment de l'utiliser. Il ne faut donc pas laisser l'appareil contenant les bouteilles de lait refroidir lentement sur une table, à côté. Cette faute est souvent commise. J'ai constaté quelquefois qu'on oubliait de boucher les bouteilles avant la stérélinisation avec de la ouate ou autrement. Cette deuxième cause d'erreur peut donner des résultats déplorables en permettant la contamination facile du lait. Enfin il faut bien prévenir les mères qu'une bouteille débouchée ne doit plus servir pour un deuxième repas. Il faut jeter ce lait ou l'utiliser pour les autres membres de la famille.

En résumé, il faut, pour le nourrisson au sein, bien régler les têtées, défendre absolument les farines et bouillies avant le 10e mois, et ne permettre le lait de vache, que lorsque la mère

ne fournit pas une alimentation suffisante, et la balance seule pourra là-dessus donner des renseignements précis.

Pour l'enfant élevé au biberon, il faut s'enquérir de la provenance du lait, changer de laitier au besoin; et voir à ce que la stérélisation soit bien faite, aussi rapprochée que possible de la traite. Le médecin habitant la campagne peut facilement se procurer un bon lait et le faire stéréliser de suite. Dans les cas rebelles, je conseillerai cependant de ne pas utiliser le lait donné par les vaches aux pâturages. Ces vaches, laissées en liberté mangent de tout, bonnes ou mauvaises herbes, boivent de l'eau stagnante, bien souvent en trop grande abondance; ou bien, l'eau est rare et les vaches en souffrent. Il vaut mieux prendre le lait de quelques vaches laissées à l'étable où on leur donne toujours une même nourriture et une bonne eau; les vaches seraient nourries exclusivement des mêmes herbes fourragères, sèches ou vertes. Peligot a classé dans l'ordre suivant les principaux aliments des vaches laitières, au double point de vue de l'abondance du lait et de sa richesse en principes solides: au premier rang la betterave, puis l'avoine et la luzerne, mélangées de pommes de terre et enfin les carottes. Il faut éviter de donner des drèches, résidus de la distillation de céréales, des pommes de terre ou de maïs, ou de la pulpe de betteraves.

Le médecin traitant en ville éprouve plus de difficulté pour obtenir un bon lait. La famille du petit malade pourra peut-être en obtenir d'un voisin qui garde une vache pour sa famille. Dans ce cas l'amélioration vient rapidement dès que ce lait est stérélisé de suite après la traite, et donné régulièrement à l'enfant. Nous avons à Montréal l'avantage de posséder un laboratoire où l'on prépare un lait maternisé qui est appelé à rendre de grands services aux médecins et à leurs petits clients. Je tiens à protester contre les affirmations de quelques auteurs, Marfan entre autres, qui veulent que cette maternisation du lait soit une chose peu praticable, bien que bonne en elle-même. Pour ma part j'y trouve toutes sortes d'avantages et je prends plaisir à le prescrire lorsque les familles peuvent en payer le coût c'est-à-dire \$10 à 12 dollars par mois, (50 à 60 francs). En prescrivant ce lait, j'ai l'avantage d'obtenir le lait d'un troupeau de vaches non tuberculeuses (qui n'ont pas réagi à la tuberculine) ayant con-

tinuellement la même nourriture hygiénique ; ce lait est en outre parfaitement pasteurisé ou stérérisé après sa maternisation. Ce lait que je prescris depuis assez longtemps m'a donné de réels succès dans des cas parfois désespérés. Je l'ai déjà dit, ce lait maternisé coûte cher et c'est un inconvénient pas toujours facile à surmonter. Il nous faudrait, à des prix raisonnables, un bon lait, c'est-à-dire, donné par un troupeau de vaches saines, bien alimentées, et stérérisé de suite après la traite avant d'être expédié en ville. Nous l'aurons bientôt je crois, et nous souhaitons que ces compagnies laitières qui sollicitent elles-mêmes le contrôle et la surveillance du médecin de la municipalité, reçoivent l'encouragement mérité de la part des médecins et de leurs clients.

Quelle est la meilleure nourriture à donner aux vaches laitières? Il est impossible dit Mauchamp, (dans son traité sur l'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérérisé.) de répondre nettement à une pareille question, car les conditions sont très différentes. C'est ainsi qu'il y a peut-être lieu de modifier la composition de la nourriture suivant les races, le milieu, le climat, la saison, etc.

Nous devons donc nous placer à un point de vue général.

D'après Saint-Yves-Ménard, une vache doit produire par jour de 15 à 20 litres de lait qui contiennent 13 à 17 litres d'eau. Si nous prenons cette proportion très générale comme point de départ, voyons quels sont les moyens proposés pour en réaliser les données.

M. Langlois dit que lorsque les vaches sont bien nourries avec des betteraves, du grain et du son, on trouve des laits de bonne moyenne : or, d'après lui, presque tous les laits des vacheries présentent une saveur désagréable, parfois nauséuse ; c'est que, surtout dans les vacheries intra-muros, on donne aux vaches une nourriture spéciale, destinée à augmenter la sécrétion lactée, au moyen de drèches, résidus de brasserie et de distillerie, substances qui sont à très bon marché, mais essentiellement pauvres en matières azotées digestibles, et qui constituent une nourriture très aqueuse qui augmente considérablement la production du lait. Dans ce cas, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le rendement est augmenté au détriment des qua-

lités du lait qui n'est, par la suite, qu'un liquide altéré, puisque nous savons que la qualité est en raison inverse de la quantité, la richesse de composition augmentant à mesure que diminue la quantité."

En s'appuyant sur les recherches de Gautrez, Peligot, A Chevalier, O. Henry, Vernois et Becquerel, Boussingault, J. A. Watt, J. Lehman, (Playfair,) Kœnig, Girard, Baron, H. Pellet, etc., Mauchamp admet que :

L'usage des betteraves rouges donne le lait le plus riche en matières solides l'usage des carottes donne le lait le plus léger ; un mélange de luzerne et d'avoine donne un lait moyen (Peligot).

Le lait le plus agréable au goût est celui que donnent les vaches nourries en hiver avec les betteraves, la paille, le foin et le son, — en été avec la luzerne et la vesce (Chevalier et O. Henry).

Chs Girard préconise le foin, la betterave, la carotte et la paille d'avoine pour les vaches laitières et presque tous ceux qui ont étudié la question arrivent à la même conclusion. " On peut toutefois employer la paille d'orge, de blé, les menues pailles, les gousses de légumineuses, les siliques de crucifères, les navets, les pommes de terre et même, si les fourrages manquent, le gros son et les fêveroles concassées."

Presque tous les auteurs proscrirent les drèches comme nourriture pour les vaches laitières. Cette alimentation est cependant très employée par nos laitiers de la ville et de la banlieue et il n'y a pas de jour que l'on ne puisse voir des voitures chargées de ces résidus de brasseries passer dans nos rues.

Chez le nourrisson alimenté avec du lait drêché, dit Mauchamp, on constate une modification des selles qui sont blanchâtres, glaireuses, fréquentes ; l'enfant a une envie fréquente de boire ; il présente des vomissements aussitôt après les têtées ; il est assoupi ; les urines, rares, ont une odeur forte ; il dépérit, sa chair est flaque : c'est une véritable dénutrition. Les accidents cessent brusquement dès qu'on supprime ce lait et qu'on donne du lait sain. Ces accidents ont été rencontrés par lui chez les enfants de 0 à 6 mois. Les pulpes de betteraves auraient une action mauvaise.

Voici quelques régimes alimentaires pour vaches laitières, puisés également dans Mauchamp, Albrecht, de Neufchâtel, proscrit tout fourrage vert, au même titre que les drèches, pulpes et tourteaux. Il recommande pour la vache laitière, par 24 heures, un barbotage fait avec de l'eau à laquelle on ajoute:

10	livres	de paille hachée.
5	"	de farine d'orge.
3	"	de farine d'avoine.
20	"	d'un mélange de paille, et de foin ou de regain.

Tarnier indique, en 1882, quel est le régime quotidien des vaches laitières à la ferme de Lancy (près Genève) sur les indications de Martin:

16	livres	de foin.
8	"	de regain.
5	"	de farine d'orge.
2,25	"	de farine de maïs.
5 à 6	grammes	de sel.

D'après M. Saint-Philippe, la ration à la même ferme Lancy est actuellement:

26	livres	de foin et regain en partie hachés.
10	"	de son de blé.
1	"	de germes d'orge.
5	"	de malt séché et de sel.

Le tout en 2 repas de 2 heures chacun. On évite les substances galactogènes. Jamais les vaches ne vont paître au dehors: on les promène, mais sans leur permettre de se nourrir de vert qui provoque des troubles digestifs.

En somme dit Mauchamp, on peut dire que dans les exploitations spéciales on doit ne faire pâturer les vaches que dans le but de leur faire prendre un exercice modéré et les faire vivre à l'air, ce qui est toujours préférable, au point de vue de la santé des vaches comme de la qualité du lait, à la stabulation permanente que l'on rencontre dans les vacheries des villes. On leur donnera une ration scientifiquement composée, mais on

évitera, autant que possible, les fourrages verts et les aliments aqueux et fermentés.”

Tous les ans le ministre d'agriculture à Ottawa, envoie aux personnes qui en font la demande un rapport détaillé des travaux, expériences, etc., qui sont faits durant l'année aux fermes expérimentales sous le contrôle du gouvernement canadien. J'y ai lu, il y a quelque temps, des expériences fort intéressantes faites dans le but de trouver le régime : le plus propre à l'engraissement des animaux de ferme, bœufs, etc., et en même temps le plus économique. Autant que je me le rappelle, ces régimes concordent beaucoup avec ceux donnés plus haut d'après Mauchamp. Mais je n'y ai pas vu que les expérimentateurs aient visé spécialement la production du lait. Il s'agit d'un rapport déjà vieux — 1895 — peut-être que le rapport de l'année dernière en fait mention. Je crois que si demande en était faite au gouvernement par qui de droit, qu'il s'empresse-rait d'étudier cette question si importante. Les résultats publiés dans le rapport annuel seraient lus par un grand nombre de fermiers laitiers, et amènerait beaucoup plus vite au but, que nos doléances dans un journal de médecine.

LA PARALYSIE INTESTINALE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

OBSERVATION SUIVIE D'AUTOPSIE

Par E. P. BENOIT

Professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval.

Tous les auteurs de médecine s'accordent pour signaler, parmi les complications dangereuses de la fièvre typhoïde, l'hémorragie intestinale, la perforation intestinale et la péritonite. Certes, s'il y a des complications que l'on doit craindre dans la dothinentérie, ce sont bien celles-là. Mais sont-elles les seules? Les auteurs ne se sont-ils pas laissés trop absorber par la

contemplation de l'ulcération éberthienne, de ses diverses phases d'évolution, des altérations profondes qu'elle peut produire, et n'ont-ils pas légèrement perdu de vue le caractère infectieux général de la maladie, infection qui peut, par un choc en retour, atteindre de nouveau l'intestin. Cet organe est-il à l'abri d'une intoxication infectieuse, et ses tissus propres (épithélium, muscles, séreuse) ne peuvent-ils pas réagir, comme tous les autres tissus sous l'irritation continuelle d'un sang profondément modifié?

Un cas observé récemment dans notre pratique a été pour nous d'un grand enseignement. Il nous a démontré que les lésions spécifiques de la fièvre typhoïde, si elles sont localement très dangereuses et déterminent souvent, par le fait même de leur intensité, des complications rapidement mortelles, peuvent aussi n'ulcérer que légèrement la paroi de l'intestin, et cependant provoquer une altération grave des tuniques de l'organe en ce sens qu'elle crée un porte d'entrée favorable aux toxines du bacille d'Eberth. Le danger à l'intestin vient alors, non pas de l'ulcération locale, mais de l'infection générale, et le malade, pour avoir échappé à l'hémorragie, la perforation et la péritonite, peut encore mourir de paralysie intestinale. Du moins, c'est la conclusion que nous avons tiré du cas dont nous parlons, et dont voici l'observation détaillée :

OBSERVATION. — P., typographe de son métier, est âgé de 56 ans, et a toujours travaillé depuis sa jeunesse. Il n'a jamais eu de maladie sérieuse; sa force, cependant, commence à lui faire défaut, et depuis quelques années la fatigue du travail et des chagrins de famille lui ont voûté les épaules. C'est un homme qui mène une vie sobre et régulière. Il a une femme aussi travaillante que lui, et un fils âgé de quinze ans jouissant d'une bonne santé.

Dans les derniers quinze jours d'avril 1900, P. est mal en train; l'appétit lui fait défaut, il se sent las et abattu. Le dimanche 29 avril, il passe la journée au lit avec la fièvre. Il se rend à l'atelier le lundi matin, mais est obligé de quitter l'ouvrage et de retourner chez lui. Chemin faisant, il arrête à notre bureau pour nous annoncer qu'il n'est pas très bien; il va, dit-il, prendre une purgation, et nous prévient s'il n'est pas mieux.

Nous voyons le malade le mercredi 2 mai; il est au lit, très abattu, avec une fièvre de 103° F. La langue est blanche au centre, rouge sur les bords, légèrement tremblotante; on entend dans la poitrine quelques râles de bronchite; les intestins n'ont pas fonctionné depuis la purge; le pouls est régulier. Nous portons avec réserve le diagnostic de fièvre typhoïde, diagnostic qui est confirmé les jours suivants. La fièvre se maintient élevée et régulière, le malade reste dix jours sans pouvoir fermer l'œil, et dans un état de prostration très prononcée; on sent des gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées. La notion de la nature de la maladie, qui sera longue et expose le malade à perdre sa place, jointe au fait qu'il ne peut quitter le logement qu'il vient de remettre (il refuse d'aller à l'hôpital), et que ce logement peut être loué d'une journée à l'autre, les embarras d'argent qu'il prévoit par suite de ces complications ne contribuent pas peu à augmenter chez P. l'action déprimante propre à la maladie.

P., est soumis au régime lacté et aux bains d'éponge, qui malheureusement ne peuvent être administrés que deux fois par jour. L'antiseptie de l'intestin est assurée à l'aide de l'acide borique, donné en cachets, 5 grains toutes les quatre, puis toutes les six heures. Les intestins très constipés sont en outre évacués quotidiennement avec une dose légère de sulfate de magnésie. Le malade prend du whisky dans de l'eau sucrée.

La maladie, jusqu'au 29 de mai, c'est-à-dire pendant trente jours, évolue sans complication importante. C'est une fièvre typhoïde prolongée, d'intensité moyenne, telle qu'on la voit chez les vieillards. Elle offre dans son évolution, cependant, des symptômes sinon graves, du moins ennuyeux. L'insomnie finit par céder à une dose de bromure et chloral (30 et 20 gr.), mais le sommeil reste peu reposant, agité de cauchemars. La température se maintient d'abord entre 102° et 103° F., puis au-dessous de 102° F; elle n'a aucune tendance à descendre. Les selles sont en purée, couleur jaune ocre, sans jamais offrir aucune trace d'hémorrhagie. L'urine est rougeâtre, un peu chargée, mais la quantité éliminée en 24 heures n'est pas inférieure à deux chopines. "Jamais non plus il n'y a eu la moindre sensibilité dans l'abdomen", dont le palper est cependant fait

très fréquemment et avec précaution. La langue est devenue tout à fait rouge, mais elle reste suffisamment humide. Le seul incident important à signaler, c'est qu'un jour, à la suite de l'administration accidentelle d'un lait sûr, la fièvre monte et le pouls, jusque-là très régulier, devient vite et plus faible; l'erreur fut aussitôt reconnue et le lait changé, mais il fallut donner la digitale (15 gouttes de teinture par jour), ce qui ramena le pouls à son bon état primitif. La digitale fut continuée jusque vers la fin de la maladie. A part cela, il faut noter chez le malade une douleur très localisée dans le mollet droit, dont il souffrit pendant plusieurs jours, mais à la pression seulement, et qui guérit sans suppuration, ainsi qu'une légère poussée de congestion au poumon droit, heureusement vite combattue. L'examen bactériologique des crachats, fait au début de la maladie, révéla l'absence complète des bacilles de Koch et fit écarter la tuberculose, dont nous n'avions d'ailleurs aucun signe à l'auscultation. L'examen chimique de l'urine avait signalé la présence d'un peu d'albumine, ce qui est la règle dans les fièvres en général. Il faut noter aussi, dans les derniers jours de la maladie surtout, un embarras considérable de la parole, provenant de la gêne que le malade éprouvait à mouvoir sa langue.

Fièvre typhoïde prolongée, d'intensité moyenne, sans complication grave, tel était en somme le résumé de la maladie le 29 mai 1900. Le malade avait beaucoup maigri, demeurait toujours abattu, mais ce qui nous donnait bon espoir, c'est que le pouls, fort et régulier, restait à 72, et qu'aucune plaie de lit ne s'était déclarée, grâce aux précautions prises. Le malade prenait une pinte de lait par jour, ses urines étaient suffisantes, et quand nous vîmes, les 26, 27, et 28 mai, la fièvre descendre graduellement à 101° F., puis à 100° F., l'abattement s'améliorer, l'intérêt s'éveiller dans la figure du malade, nous commençâmes à espérer une guérison prochaine.

Il faut bien dire que, deux ou trois jours auparavant, nous avions remarqué un peu de tympanisme, rien d'exagéré cependant. Le malade jusque-là s'était toujours levé le matin pour aller à la garde-robe, refusant obstinément de se servir d'un vase de lit; mais, le trouvant très affaibli, nous avions

exigé qu'il fit des efforts pour aller à la selle sans se lever. Deux essais consécutifs restèrent infructueux, et nous avons attribué le tympanisme à cet insuccès. Le calomel d'ailleurs avait ouvert les intestins de nouveau, et aucune douleur, aucun trouble n'était apparu dans l'abdomen. Plusieurs fois aussi, en auscultant le malade, nous avons remarqué la présence de gaz dans le gros intestin; mais ceci est un fait banal dans la fièvre typhoïde et nous n'y avons pas prêté plus d'attention que cela, le tympanisme étant léger.

Le 29 au soir, vers cinq heures, lorsque nous faisons notre visite habituelle, madame P. nous apprend que son mari a eu durant la nuit une forte fièvre, accompagnée de transpiration, et que, depuis, il a du délire: il refuse de prendre du lait parce que la bonne y a mis du poison. Nous prenons la température, elle marque 105° F.; nous comptons le pouls, il bat à 120, et est petit, faible; nous examinons le ventre, et nous le trouvons très fortement distendu par des gaz, "mais sans aucun point douloureux"; la dyspnée est considérable (42 respirations à la minute). Aucun symptôme ne s'est présenté du côté des selles, qui sont encore liquides et ocreuses; le malade n'a eu ni nausée, ni vomissement, mais il avale très difficilement; aucun signe de perforation, d'hémorrhagie, de péritonite ou d'obstruction intestinale à part ce météorisme considérable.

L'état du malade est très grave; le Dr E. P. Lachapelle est appelé en consultation le même soir; après avoir hésité quelque peu devant ce cas embarrassant, nous nous arrêtons à l'idée d'une péritonite, bien qu'il nous soit impossible de nous expliquer clairement la nature exacte de la complication qui vient de se produire. L'abdomen est enveloppé dans de grands cataplasmes chauds; on stimule le malade; l'absence de douleur fait écarter l'administration de tout calmant. L'intestin est vidé par un lavement (huile de ricin, 1/2 once; graine de lin, 1 demiard) qui est répété le lendemain matin et qui amène, la seconde fois surtout, une bonne évacuation.

Le 30 au soir, il n'y a plus de délire, la température est tombée à 99.5° F., mais le météorisme persiste, le pouls s'affaiblit de plus en plus et l'aspect général du malade est très mauvais. Il conserve cependant son entière connaissance, ne vomit pas.

n'offre aucun symptôme du côté des centres nerveux, et n'avale un peu de liquide qu'avec la plus grande difficulté. Nous prévoyons une fin prochaine. Le malade, ayant sa connaissance jusqu'à la fin, meurt paisiblement à huit heures et demi du soir, le premier juin.

Nous obtenons de faire l'autopsie dans la soirée même, et notre ami le Dr Marien, avec son amabilité ordinaire, veut bien s'en charger. Au moment où nous plaçons le cadavre sur une table, une certaine quantité de matières fécales liquides et jaunâtres s'échappe du rectum. En ouvrant l'abdomen, nous trouvons tout l'intestin, le gros surtout, énormément distendu; le cæcum a certainement huit pouces (20 c.) de diamètre; la paroi est partout mince, rosée, pâle, sans trace de congestion ou d'inflammation, sauf à la dernière portion du petit intestin; l's. iliaque et le rectum sont explorés avec soin, ils contiennent à peine deux onces de liquide, n'offrent aucun point rétréci, et en comprimant avec la main, on fait sortir les gaz par l'anus. Le péritoine est absolument sec. Tout l'intestin est déroulé avec soin: aucune bride, aucune adhérence, aucune invagination. Il n'y a que sur la face convexe du foie où l'on découvre des adhérences péritonéales qui paraissent de date ancienne. Le foie lui-même ne semble pas altéré. Par contre, la rate est hypertrophiée et gorgée de sang. Les reins sont normaux à l'examen macroscopique et à la coupe. L'iléon est ouvert près du cæcum, et le diagnostic de fièvre typhoïde confirmé par la présence d'ulcères caractéristiques, d'intensité moyenne. L'autopsie n'est pas alors poussée plus loin.

Nous étions donc en présence d'un météorisme très prononcé, tel qu'on le voit à la suite d'une obstruction intestinale, mais qu'il était impossible de rapporter à une autre cause qu'à la fièvre typhoïde elle-même; car, bien que le séro-diagnostic n'ait pas été fait, les ulcérations trouvées dans l'intestin et l'évolution clinique de la maladie ne laissent aucun doute sur sa nature véritable. Le point intéressant est de trouver la cause de cette complication intestinale inattendue, qui est venue tout d'un coup emporter notre malade, et sur laquelle les auteurs semblent dire fort peu de chose. En d'autres termes, comment la fièvre typhoïde a-t-elle déterminé cette paralysie complète de l'intestin?

“La tympanite par accumulation de gaz dans le tube digestif sous-diaphragmatique, ou inéteorisme . . . dit Legendre dans le “Traité de Pathologie Générale”, . . . dépend de trois ordres de causes: production excessive de gaz; atonie de la tunique musculuse; ou obstacle au cours du contenu intestinal.” Nous pouvons tout d’abord éliminer cette dernière cause; les constatations faites à l’autopsie nous y autorisent pleinement et sont d’ailleurs en accord avec l’observation clinique. Nous restons alors avec la production des gaz et l’atonie musculaire. Laquelle, dans le cas présent, a joué le principal rôle?

Nous ne croyons pas que ce soit simplement la production des gaz. Il faut remarquer que le malade avait suivi une diète lactée rigoureuse, ce qui en soi était propre à diminuer les fermentations. Tout le long de la maladie, le malade n’a jamais souffert des intestins, ses selles sont toujours restées jaune ocre, sans fétidité exagérée, il n’a jamais eu de nausées et de vomissements, et l’autopsie a révélé un intestin presque vide et en état, sauf les lésions spécifiques et la dilatation énorme. La fermentation intestinale n’a donc pas atteint chez ce malade des proportions pathologiques, mais s’est maintenue dans les limites ordinaires à toute fièvre typhoïde. C’est du moins ce qui résulte de l’observation clinique et de l’autopsie.

Est-il permis, d’autre part, d’incriminer le traitement? L’acide borique peut-il développer une tympanite aiguë? Tous les auteurs s’accordent à dire que l’acide borique s’absorbe très bien par la muqueuse digestive et qu’il est très peu toxique. On le donne dans la fièvre typhoïde parce que, s’il n’est pas assez actif pour tuer les bacilles, il passe du moins pour nuire à leur pullulation et à la sécrétion des toxines. Des nombreux malades traités à l’hôpital Notre-Dame, aucun n’a offert, à notre connaissance, des symptômes d’irritation intestinale ou de fermentation pouvant être rapportés au médicament. Il en est de même du cas actuel, où une action irritante ou fermentative de l’acide borique n’aurait pas laissé un intestin aussi peu inflammé.

C’est là un point important à noter dans notre cas: à part les lésions spécifiques de la dothinentérie, et encore étaient-elles peu nombreuses, l’intestin ne portait aucune trace d’inflamma-

tion ou de fermentation, ni dans ses parois, ni dans son contenu, et l'histoire du cas n'a pas présenté de symptômes inhérents à ces complications inflammatoires: pas de vomissement, pas de douleur, pas même de sensibilité; pas même de débacle intestinale ou de selles répétées.

Tout au contraire, on remarquera qu'il avait fallu assurer la régularité des évacuations par un purgatif quotidien: une demi once de sulfate de magnésie tous les soirs. C'est donc l'atonie du tube digestif qui a dominé chez notre malade, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre lorsqu'il s'agit d'une maladie infectieuse adynamique comme la fièvre typhoïde, surtout si l'on tient compte de l'âge du malade et de son état d'épuisement antérieur. La fièvre s'est prolongée, l'atonie du tube digestif, à un moment donné, a pris un caractère aigu, et le météorisme s'est produit. Notre malade a succombé à une paralysie des intestins qui a dû être préparée, nous n'en doutons pas, par l'altération de la tunique musculuse.

En effet, l'intervention nerveuse n'est pas suffisante pour expliquer le phénomène. Une altération de la moëlle ou du grand sympathique ne saurait produire un trouble aussi localisé, et le malade aurait eu, le cas échéant, des phénomènes nerveux graves. La paralysie essentielle d'un organe est difficile à admettre dans le cours d'une maladie infectieuse générale; ce n'est pas ainsi qu'agit, en particulier, l'intoxication éberthienne, qui offre une prédilection toute particulière pour le tissu musculaire.

Dans le dictionnaire de Jaccoud, à l'article "Intestins," Alfred Luton nous dit que la paralysie essentielle de l'intestin se rencontre dans les affections asthéniques, dans la fièvre typhoïde par exemple, mais il se hâte d'ajouter qu'il "n'est pas à dire que le résultat acquis se rapporte bien à la paralysie nerveuse, et qu'il ne puisse pas être mis sur le compte des troubles circulatoires et sur l'"altération de la fibre musculaire". Il est même plus que probable que ces lésions, dit-il, d'un ordre déjà plus avancé, ne tardent pas à compliquer la véritable paralysie, comme on voit l'atrophie graisseuse du cœur succéder, dans la fièvre typhoïde, à la congestion passive de cet organe. Cette observation ôte beaucoup de sa valeur à la paralysie de l'intestin, considérée comme essentielle, et la réduit aux proportions d'un terme de série d'une importance seulement relative."

Ceci était écrit en 1874. La bactériologie nous a appris depuis que cette importance n'est pas aussi relative qu'on le croyait alors, et que la dégénérescence musculaire est la conséquence directe, le danger toujours à craindre de l'infection éberthienne. La dégénérescence cirreuse des muscles de l'abdomen et de la cuisse est un fait banal de l'anatomie pathologique de cette fièvre, la myocardite survient aussi fréquemment : pourquoi la tunique musculuse de l'intestin serait-elle plus à l'abri ?

Dans son excellent article sur la dégénérescence cirreuse des muscles, Strauss signale, après Zenker et Lobstein, la fréquence avec laquelle certains muscles dégènèrent dans les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde surtout. Pour lui, ce sont les masses musculaires qui continuent à fonctionner, même dans le décubitus horizontal, soit pour la respiration, soit pour l'acte de la défécation, qui deviennent surtout les foyers du mal. Il cite, par ordre de fréquence, les muscles adducteurs de la cuisse, le psoas, les grands droits de l'abdomen, les grands et petits pectoraux, le transverse de l'abdomen, les muscles de l'épaule, les jumeaux, etc. Mais il a bien soin d'ajouter plus loin que "l'altération cirreuse frappe non seulement les muscles de la vie de relation, mais aussi le "myocarde" et les "fibres lisses." Malheureusement son observation ne va pas plus loin, et c'est un fait curieux que ni Strauss, ni les divers auteurs que nous avons consultés ne fassent même mention des muscles lisses de l'intestin. Ce n'est pourtant pas à dédaigner, cette altération de la tunique musculuse qui peut amener la paralysie de l'organe, suivie d'un météorisme aigu rapidement mortel.

C'est là, suivant toutes les probabilités, ce qui est arrivé dans le cas que nous rapportons. L'atonie a été la note dominante dans l'évolution de la maladie. Les muscles ont réellement fondu pendant les cinq semaines de fièvre ; le malade, à sa mort, était excessivement maigre ; nous avons eu à noter deux incidents musculaires : un point douloureux de myosite dans le mollet de la jambe droite, et dans les derniers temps un embarras de la parole dû à l'état parésique de la langue, parésie qui semblait être d'origine musculaire et non nerveuse. A noter aussi que le malade avalait difficilement. Tous ces symptômes,

survenus au cours d'une fièvre typhoïde prolongée, ne sont pas extraordinaires chez un malade de cinquante-six ans, presque un vieillard, épuisé déjà par le travail et les préoccupations. Dans ces conditions, et après cinq semaines de fièvre, la dilatation rapide de l'intestin, survenue brusquement, sans symptômes précurseurs, à la suite de l'atrophie des muscles, n'a pas lieu de nous surprendre. Rien d'étonnant non plus que nous ayons trouvé, à l'autopsie, la paroi de l'intestin dilaté pâle et mince comme une feuille de papier de soie. Nous regrettons vivement que les circonstances ne nous aient pas permis de faire l'analyse histologique de cette paroi, ce qui nous aurait très certainement fourni la preuve directe de l'atrophie musculaire.

L'augmentation considérable de la fièvre (105° F.) survenue le 29 nous paraît traduire l'absorption qui a dû se faire du côté de l'intestin par suite de la dilatation énorme des parois. C'est une fièvre d'auto-intoxication et l'un des symptômes qui a signalé le plus sûrement, avec l'asystolie et le refroidissement de extrémités, la gravité de la situation et l'imminence d'une terminaison fatale. Celle-ci, en effet, n'a pas été lente à survenir.

Aurions-nous pu l'empêcher? Nous ne le croyons pas. Les auteurs nous parlent, dans les cas de paralysie intestinale, de l'emploi de l'électricité, de la sonde rectale à demeure, de la ponction capillaire pour faire disparaître le phénomène. Ceci peut être possible quand l'énergie nerveuse est en faute, ou la pression intra-intestinale trop considérable, mais comment rétablir la fonction de l'organe si la tunique musculieuse est dégénérée, la lésion est irréparable de par sa nature même. Autant vaudrait essayer les effets de la digitale sur un cœur en dégénérescence graisseuse. Aussi sommes-nous convaincu que notre malade a succombé à l'une des complications les plus rares peut-être, mais les plus exceptionnellement graves de la fièvre typhoïde, et contre laquelle toute tentative thérapeutique ne pouvait avoir de résultat.

DEUX OBSERVATIONS DE KYSTES HYDATIQUES

TRAITÉS PAR INTERVENTION CHIRURGICALE

O. F. MERCIER

Professeur agrégé à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

N'ayant encore rencontré au Canada aucun kyste hydatique, et ayant de plus toujours entendu dire que cette maladie était excessivement rare ici, je commençais à croire que non seulement la chose était rare, mais même qu'elle n'existait pas du tout, quand j'appris qu'un de nos citoyens des plus en vue était allé à Paris, se faire opérer d'un kyste hydatique du foie.

Quelques mois plus tard, deux cas me sont tombés entre les mains, l'un situé dans la région rénale droite et l'autre un véritable kyste hydatique du foie. Je dois ajouter que le premier était porté par un Canadien-Français ayant toujours habité le pays, mais que l'autre m'était présenté par un Syrien et que les commencements de la maladie dataient de son séjour dans son pays.

Mon premier malade est un M. I... résidant à Montréal mais ayant passé la majeure partie de son existence à la campagne. Agé de 55 ans, grand, maigre, tempérament nerveux, il dit s'être aperçu des débuts de sa maladie il y a environ dix-sept ans par l'apparition d'une tumeur indolente située dans la région rénale au point d'acquérir le volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur qui, comme on le voit, s'est développée très lentement a, dans ses premières années, très peu incommodé M. L..., ce n'est guère que depuis une couple d'années qu'elle le fait réellement souffrir, mais les douleurs intenses dont le malade se plaint quand il vient me voir, n'existent guère que depuis quelques semaines, elles sont devenues presque intolérables.

A l'examen je lui trouve dans le dos entre les côtes et la crête iliaque une tumeur soulevée, d'environ un pouce et demi, et dont les diamètres sont de 7 pouces dans son plus grand axe et de 4 pouces dans son sens transversal. A la pression un peu énergique, il y a douleur intense, la palpation me donne la

sensation d'une tumeur plutôt rénitente que molle, pas de fluctuation, pas de dureté ni de bosselures; je ne peux détacher de la tumeur la peau très tendue qui la recouvre, bref j'arrive avec un diagnostic probable de lipôme accompagné d'un peu d'inflammation causée par des pressions et des chocs répétés me basant sur la nature d'évolution, sur l'absence de dureté sur ce semblant d'adhérence à la peau; je fais cependant une réserve faisant remarquer que la tumeur est trop peu de consistance dure pour un lipôme. J'étais loin, je dois l'avouer, de penser à un kyste hydatique, tant à cause de la lenteur d'évolution que du siège de la maladie, et surtout de sa rareté toute spéciale dans ce pays.

Je décide facilement le malade à l'opération que je pratique à l'hôpital Notre-Dame, le 14 janvier, mon excellent ami le docteur Ricard qui m'avait d'ailleurs envoyé le malade, lui donnant le chloroforme.

A ma grande surprise, après avoir incisé la peau, je coupe le tissu cellulaire, puis l'aponévrose, j'écarte la masse musculaire sacro-lombaire, je passe à travers le carré des lombes, et ce n'est qu'à ce moment que j'atteins la tumeur, que je trouve encapsulée. Après avoir incisé cette capsule, je suis directement sur le kyste lui-même que j'essaie de décortiquer; ne pouvant y parvenir par suite de ses nombreuses adhérences en surface, profondément situées, j'enlève le kyste lui-même. Il s'en échappe une quantité assez considérable de liquide, et je trouve cette enveloppe en quelque sorte farcie d'une quantité d'autres petits kystes, de la grosseur de petits œufs de poule, et tous plus ou moins adhérents les uns aux autres.

En cherchant à les détacher, j'en crève deux ou trois, desquels s'échappe une quantité assez considérable de pus grisâtre et épais, en même temps que de toutes petites vésicules filles. Je continue laborieusement à détacher toutes les vésicules filles. A deux ou trois reprises, je crois avoir tout enlevé, quand en cherchant bien j'en trouve encore d'autres; enfin après en avoir enlevé en tout une vingtaine, j'enlève assez facilement la vésicule mère elle-même. J'assure alors l'hémostase complètement, je rapproche les bords de la plaie que je draine à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée et j'applique le pansement ordinaire.

La guérison s'est opérée rapidement, sans aucune réaction inflammatoire la cicatrisation était complètement terminée en trois semaines. Aujourd'hui, cinq mois après l'opération, le malade que j'ai revu dernièrement est parfaitement bien, il n'a plus aucune douleur ni aucune apparence indiquant la récurrence.



Ce cas me paraît très intéressant à cause de différentes particularités. D'abord le siège de la tumeur qui, autant que j'ai pu m'en rendre compte, occupait la loge rénale droite. La lenteur d'évolution de la maladie elle-même est très remarquable, les auteurs s'accordent à admettre comme limite extrême dix-huit ans, c'est juste ce nombre d'années qu'il fallu à cette tu-

meur pour atteindre son volume complet qui cependant n'était pas en somme très considérable. Il est aussi à remarquer que le malade en a relativement très peu souffert.

Un autre fait aussi très intéressant, c'est la suppuration de quelques-unes des vésicules filles, alors que la vésicule mère elle-même était indemne ainsi que toutes les vésicules filles, et que la grande majorité de ces dernières ne contenaient d'autre liquide, que le liquide clair caractéristique.

La région où siégeait le kyste a probablement été la cause de cette suppuration d'apparence spontanée; chacun sait à combien de coups et de pression est exposée la région dorsale, qu'il s'agisse de se coucher ou de s'asseoir. Cette suppuration a été d'ailleurs spontanée, le kyste n'ayant jamais souffert d'aucune blessure pénétrante venant de l'extérieur, accidentelle ou chirurgicale.

Enfin, au point de vue du traitement, je ne saurais trop appuyer sur l'intérêt que nous offre cette observation. Je ferai remarquer que, seul, le traitement que j'ai fait était applicable à ce cas.

Je n'aurais jamais pu, par la ponction aspiratrice vider toutes ces vésicules, filles et petites-filles, toutes adhérentes les unes aux autres; l'incision large du kyste avec drainage n'aurait pas non plus été suffisante, il fallait pour guérir définitivement le malade, enlever le tout dans sa totalité. Les difficultés que j'ai rencontrées pour atteindre ce but, expliquent comment il est facile, dans l'opération de ces kystes d'oublier quelques vésicules filles qui continuent alors leur évolution et forment bientôt de nouveaux kystes.

Les difficultés rencontrées, le travail ardu qu'il m'a fallu faire pour conduire à bien l'extirpation de ce kyste logé cependant dans un endroit relativement superficiel en non dangereux, peuvent donner une idée et faire facilement comprendre combien doit être difficile et grave l'extirpation complète d'un kyste semblable situé dans le foie.

Ma deuxième observation est peut-être moins intéressante, mais plus classique; il s'agit d'un kyste hydatique du foie.

Le malade est un Syrien âgé de 34 ans, arrivé au pays il y a près de deux ans. Il y a six ans me dit-il, qu'il souffre du côté

droit, et depuis environ deux ans, il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur qui s'est développée graduellement, immédiatement sous les côtes, dans la région du foie. Il n'a jamais eu aucune crise de coliques hépatiques, ni aucune attaque d'ictère. Les douleurs, que je qualifiais de douleurs par tension, se sont plutôt manifestées d'une manière sourde et lente, augmentant graduellement.

Il est entré à l'hôpital Notre-Dame le 26 mai 1900, je l'ai vu pour la première fois le 28.

Après nous être autant que possible renseigné sur ses antécédents héréditaires et personnels, chose d'ailleurs assez difficile, avec un malade ne parlant que le syrien et baragouinant quelque peu un mélange d'anglais et de français, nous passons à son examen local. D'ailleurs, et autant que nous avons pu comprendre, il n'y avait rien de particulier du côté de ses parents, et il n'a pu nous dire si cette maladie était fréquente ou non dans son pays.

Au niveau du bord tranchant du foie, immédiatement sous le rebord des fausses côtes, nous trouvons une tumeur considérable, proéminent, ou plutôt surplombant les tissus d'environ deux pouces, et ayant en largeur un diamètre d'à peu près sept pouces. La percussion nous donne un son mat sur toute la surface lisse de cette bosse également distendue, et située en arrière des plans musculaires de la paroi abdominale. En percevant légèrement, nous avons assez distinctement une sensation de flot, la sensation caractéristique, le frémissement propre aux kystes hydatiques manque complètement.

Étant donné la lenteur d'évolution de la maladie, le manque de bosselures et de dureté du cancer, l'état relativement bon du malade malgré l'énorme volume de sa tumeur ; étant donné la sensation de fluctuation assez facilement aperçue, et prenant de plus en considération ce fait que le malade n'est pas Canadien, car nous considérons toujours cette maladie comme excessivement rare en ce pays, nous pensons immédiatement à un kyste hydatique du foie.

J'élimine alors l'idée d'abcès, par suite du manque de symptômes subjectifs, j'éloigne aussi l'idée d'obstruction du cholédoque, le malade n'ayant jamais eu de jaunisse ni aucune coli-

que biliaire; pour confirmer mon diagnostic je fais de suite une ponction exploratrice à l'aide de la seringue de Pravaz qui en retire du liquide clair, eau de roche, caractéristique des kystes hydatiques.

Nous proposons au malade l'opération qu'il accepte et que nous pratiquons le surlendemain.

Nous aurions voulu, dans ces deux cas, avoir l'analyse microscopique, nous l'avons bien ordonnée, mais elle a été nulle ou négative dans le premier, nous n'avons rien pu avoir dans le second. J'aurais bien aimé naturellement à pouvoir dire: nous avons trouvé des échinocoques dans chacun de ces kystes; dans tous les cas le diagnostic reste sûrement le même, malgré ce contre temps.

J'avais décidé, comme intervention chirurgicale, l'ouverture large du kyste, en une seule séance, c'est-à-dire qu'après avoir incisé obliquement la paroi abdominale dans toute son épaisseur, le péritoine étant ouvert, j'aurais, avant d'ouvrir le kyste lui-même, suturé sa paroi à la paroi abdominale, de manière à être assuré que le liquide kystique vint se déverser directement au dehors et qu'il ne put s'écouler dans la cavité abdominale. Mais je n'eus pas à faire ce temps de l'opération, car les deux parois, (kystique et abdominale) étaient complètement adhérentes l'une à l'autre.

Je fis une incision oblique à environ un demi pouce du rebord des fausses côtes, parallèlement à elles. Après avoir incisé peau, tissus cellulaires et muscles, il me fut facile de constater ces adhérences. L'opération fut, par conséquent, des plus simples.

J'ouvris le kyste au milieu de l'incision, je ne lui fis d'abord avec le bistouri, qu'une petite ouverture dans laquelle je plongeai le trocart à kyste, amorcé d'avance, par lequel s'écoula une quantité considérable d'un liquide d'une limpidité parfaite. J'agrandis alors l'ouverture suffisamment pour y passer la main. Je trouvai dans le fond d'une vaste cavité, une quantité assez considérable de membranes kystiques flottant dans un reste de liquide sale, troublé, et, chose tout-à-fait curieuse, tous ces kystes étaient crevés et vidés dans la vésicule mère. Aucune vésicule fille. Autre point assez intéressant: le liquide tiré par le trocart était, comme je l'ai dit plus haut, d'une limpidité

parfaite, et ce qui restait après la ponction évacuatrice avait absolument l'apparence d'une soupe, c'est ce qui probablement me fit penser à me servir d'une cuillère à long manche, pour achever de tout vider, membranes et liquide.

J'irriguai alors cette immense cavité, avec une solution de sublimé au 1/1000, que j'enlevai de suite à l'aide de la cuillère et que je fis suivre d'une longue irrigation au sérum artificiel. Je plaçai deux gros tubes côte à côte dans l'ouverture que je refermai de quelques points, et mis en place, par-dessus le tout, un gros pansement antiseptique, capable d'absorber une quantité considérable de sécrétion.

Aujourd'hui, mon opéré, quoique n'étant pas encore complètement guéri, va très bien vers une guérison rapide et définitive.

Je n'aurais pas le temps, et ce ne serait certainement pas la place de parler longuement de l'historique des kystes hydatiques, de leurs symptômes, de leur anatomie pathologique cependant si intéressante, mais je ne saurais laisser passer l'occasion que m'offrent ces deux observations pour dire quelques mots de leur traitement. On peut dire que la question est tout-à-fait à l'ordre du jour, aujourd'hui que tous les chirurgiens portent tant d'intérêt aux maladies chirurgicales du foie et de sa vésicule.

D'un autre côté, l'accord est loin d'être fait entre médecins et chirurgiens quant au meilleur traitement des kystes hydatiques. Les uns préconisent à outrance la ponction évacuatrice suivie d'injections pouvant tirer tous les échinocoques, et les autres ne veulent entendre parler que d'incision large, voir même d'extirpation totale. Il en est d'autres au contraire plus craintifs, qui ne veulent encore employer que les anciennes méthodes : l'extirpation simple, l'acupuncture, l'électrolyse, la ponction capillaire, mais on peut dire qu'ils ne sont que quelques fanatiques. Aujourd'hui, nous rejetons ces anciens procédés, qui non seulement ne guérissaient pas, mais exposaient à de graves dangers.

Il ne reste donc plus qu'à parler de deux méthodes principales : la ponction suivie d'injection parasiticide, et l'incision large.

La méthode des injections est déjà ancienne, mais elle a repris un nouvel essor seulement depuis une douzaine d'années. En France c'est Debove qui ouvre la marche. Voici son procédé :

A l'aide du Potain une ponction est faite aussi complète que possible, et par le même trocart laissé en place, le kyste est rempli de liqueur Van Swieten dédoublée qu'on laisse en place pendant dix minutes, et qu'on retire encore par l'aspiration pour la remplacer par la même voie, par du sérum artificiel.

Cette méthode comme on le voit est des plus simples, et certes bien propre à tenter tout médecin ayant à traiter un kyste hydatique. Elle n'a pas cependant la bénignité absolue qu'on lui prête. On rapporte des accidents terribles d'hydrargyrisme survenus à la suite de son emploi. La chose s'explique facilement, il est toujours facile de remplir la cavité kystique, mais il n'est pas toujours aussi facile de la vider; on injecte la liqueur Van Swieten qu'on veut vider, mais tout à coup une vésicule, une délirée de membrane oblitère la canule et le sublimé reste emprisonné dans le foie dont le tissu très vasculaire se prête à l'absorption rapide; c'est alors qu'arrivent ces accidents dont je viens de parler. Non seulement le sublimé peut alors causer de l'hydrargyrisme, mais peut aussi conduire le kyste à la suppuration; on en a en effet trouvé qui étaient remplis de pus, à la suite de cette opération d'apparence si inoffensive.

Chauffard pour éviter ces accidents a conseillé les injections d'eau naphtolée, qui ne peut s'absorber. Malheureusement, le traitement devient bien moins effectif, et la guérison bien moins certaine.

Il existe encore d'autres dangers, tels que: épanchement du liquide kystique dans la cavité péritonéale, ou hémorragie par pénétration à travers une épaisse couche de tissus du foie dont l'existence n'avait pas été prévue.

Si cette méthode nous donnait infailliblement une guérison permanente, ce ne serait pas trop de s'exposer aux quelques dangers ci-haut énumérés, mais ce n'est malheureusement pas le cas. Par exemple dans les deux cas que je viens de rapporter, je suis absolument certain que nous n'aurions rien obtenu avec la ponction évacuatrice et les injections parasitocides. Dans

le premier nous n'aurions même pas pu retirer de liquide, et aucune des vésicules filles n'aurait pu passer par la canule du trocart, étant donné qu'elles étaient toutes adhérentes les unes aux autres.

Dans le second, la chose n'aurait pas pu réussir non plus. Ces membranes kystiques crevées que contenait la vésicule mère ne purent même pas passer par le gros trocart à kyste, que j'employai. Cependant ce kyste hydatique du foie était de la variété antéro-inférieure, c'est-à-dire de celle la plus facile à atteindre. Quand, et comment pouvons-nous dire d'avance d'une manière absolument précise, de quelle variété est le kyste quand à sa situation, s'il est en avant ou en arrière du foie, ou s'il est en plein parenchyme.

Voici deux malades qui m'arrivent à tout hasard et chez lesquels la méthode évacuatrice suivie d'injection aurait été absolument sans effet. Je sais bien qu'on a obtenu par ce procédé, qui par sa simplicité de technique est à la portée de tous, je sais bien dis-je qu'on a obtenu de nombreuses guérisons, mais nombreux aussi ont été les échecs, et nombreux aussi les accidents puisqu'on l'accuse d'une mortalité de 15%.

L'incision large est donc pour moi la méthode de choix; la manœuvre en est quelque fois laborieuse et difficile, mais au moins, le chiffre de la mortalité n'en étant pas plus considérable, la guérison définitive en est presque invariablement le résultat.

L'opération consiste dans l'incision franche et large au-dessus du kyste, de la paroi abdominale, y compris le péritoine pariétal: le foie est donc mis à nu, mais ici le mode d'intervention varie, et deux procédés sont en présence, celui de Valkmann qui, le premier temps de l'opération étant pratiqué, attend avant d'ouvrir le kyste que des adhérences s'établissent entre les lèvres de la plaie abdominale et la glande; celui de Lindermann et Landau qui consiste à ouvrir de suite le foyer des hydatides.

Voici en quelques mots la technique du premier de ces procédés, le Valkmann. Le bistouri traverse la peau, le tissu cellulaire, les muscles dont les vaisseaux qui dorment sont éteints, quand l'hémostase est parfaite, on ouvre le péritoine pariétal

et l'opération est finie; il ne reste plus qu'à bourrer la plaie de gaze à l'iodoforme. On laisse ce pansement en place pendant huit à dix jours: à ce moment les adhérences sont suffisantes et l'on peut procéder au second temps qui consiste à ouvrir la poche kystique elle-même. On peut sans crainte y plonger le bistouri si la paroi kystique est mince, ou même le thermocautère s'il existe une certaine épaisseur de tissu hépatique. Il n'y a aucun danger que le liquide s'écarte dans la cavité péritonéale complètement isolée par les adhérences.

Cette opération est, comme on le voit, d'une extrême simplicité, elle peut même se faire avantageusement à la cocaïne. Aussi, quoique nous soyons plutôt en faveur de l'opération en un temps, la préconiserions-nous quand même à cause justement de sa grande innocuité et facilité, et la préférons-nous sans conteste dans les cas où le kyste est intra-hépatique, et que par conséquent, on n'a aucun espoir d'exciser tout ou partie du kyste émergé pour ainsi dire de l'épaisseur du foie.

L'opération en un temps est donc l'opération de choix, étant donné qu'elle rencontre toutes les indications voulues.

Le foie ayant été mis à découvert par une incision de préférence oblique parallèle au rebord des fausses côtes, si la tumeur est fixée à l'abdomen par des adhérences solides, si ces adhérences ne laissent aucune lacune comme dans le cas ci-dessus rapporté, il n'y a alors qu'à ouvrir sans crainte, et l'opération est de beaucoup simplifiée; mais malheureusement il n'en est pas ainsi d'habitude, le foie libre monte et descend sous les yeux de l'opérateur à chaque mouvement respiratoire: il n'y a pas de néomembranes, et il faut craindre l'effusion du liquide dans l'abdomen. Pendant que les aides, à l'aide de pressions sur la paroi abdominale, font bomber le kyste, le chirurgien le vide avec l'aspirateur de Potain et lorsque la poche est vidée, il la saisit avec une pince à anneaux qui ferme l'orifice qu'il vient de faire, il l'attire en dehors à l'aide de cette pince et la fixe aux lèvres de l'incision de la paroi par des points de suture séparés. Le kyste est alors ouvert plus largement et les lèvres de l'incision kystique sont unies à celles de la paroi abdominale par des sutures minutieusement faites, qui doivent prévenir tout écoulement de liquide dans la cavité.

Dans les cas où le kyste est extra-hépatique, en partie ou en totalité, il est préférable d'enlever cette poche membraneuse émergeant du foie; on la ponctionne, on l'évacue, on résèque tout ce qui est en dehors du parenchyme et l'on termine par la suture. Heureusement que ces kystes antéro-supérieurs sont de beaucoup les plus nombreux.

Les kystes postéro-inférieurs sont rares, mais ressemblent beaucoup à ces derniers quand à leur mode d'intervention.

Ces deux variétés de kystes superficiels s'opèrent facilement comme on le voit; on a même vu des cas où la tumeur attenant au foie seulement par un étroit pédicule, celui-ci a pu être ligaturé et la tumeur enlevée dans sa totalité, absolument comme un kyste de l'ovaire.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, tant s'en faut. Certains kystes intra-hépatiques sont excessivement difficiles à opérer par le procédé en un temps. La poche recouverte par une épaisseur assez considérable de tissu hépatique se laisse très difficilement saisir, et la suture, dans ce tissu friable, et qui saigne abondamment, se pratique avec les plus grandes difficultés. Aussi, pour ces cas, quand il est possible de faire le diagnostic croyons-nous devoir recommander de préférence l'opération en deux séances.

Les kystes postéro-supérieurs dont le diagnostic est fort difficile et qui ont souvent été pris pour des pleurésies, peuvent aussi s'opérer par l'incision antérieure, plusieurs cas l'ont été avec succès, mais la chose est si difficile qu'il vaut peut-être mieux recourir à l'incision trans-pleuro-péritonéale.

Enfin comme on le voit chacune de ces sortes de kystes comporte un traitement qui lui va de préférence, c'est au chirurgien de savoir bien choisir, et d'employer le procédé le plus favorable à la guérison rapide et sûre de l'affection qu'il traite; c'est dans son choix, dans son discernement qu'il montre sa valeur.

La chirurgie, comme tous les autres arts, nécessite une souplesse d'intelligence, une perspicacité, un sens profond de l'appréciation des choses et des faits, qui font que le chirurgien, au moment où il opère, ne soit jamais pris au dépourvu, et soit capable au cours même de l'opération la plus laborieuse, la plus compliquée, de changer ses batteries de front, ainsi que

la méthode prévue à l'avance pour celle qui convient le mieux au cas qu'il opère. Le jugement du chirurgien doit être plus que tout autre, sûr et prompt. Sûr, car il ne doit pas se tromper, il y va de la vie d'un de ses semblables, prompt, car s'il a eu le temps de se tracer un plan à l'avance, il doit ensuite se laisser sentir à son intelligence; il doit pouvoir être capable à tout moment de bien choisir les moyens les plus certains et les moins dangereux pour mener à bien son intervention, pour enlever aussi radicalement que possible le mal qu'il combat, sans exposer inutilement l'existence qui lui est confiée. Depuis Hyppocrate jusqu'à nos jours, il est une loi fondamentale, essentielle, que tout médecin, tout chirurgien ne devrait jamais oublier, c'est celle que formulent ces simples paroles: " primo non nocere."

Pour l'Université Laval.

Le professeur Foucher annonce que la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal vient de recevoir la somme de trente dollars de la part du Comité d'Etudes Médicales, pour achat de livres de médecine.

L'Association Médicale Canadienne.

Nous annonçons au public médical que l'assemblée annuelle de l'Association Médicale Canadienne aura lieu à Ottawa les 12^e, 13^e, et 14^e jour de septembre 1900.

Le programme préliminaire est maintenant prêt. Les membres qui ont l'intention de présenter des pièces ou de lire des mémoires sont priés d'adresser leurs noms aux soussignés qui seront heureux de leur donner toutes les informations requises.

DR L. J. MARSOLAIS,
Vice-Président.
159, St-Denis, Montréal.

DR J. N. STARR,
Secrétaire-général.
451, College St., Toronto.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE (*Suite et fin*) (1)

Le vésicatoire est-il indiqué au cours de la pneumonie franche?

G. Lyon proscrit systématiquement l'emploi du vésicatoire dans la pneumonie. Les raisons qu'il invoque contre ce moyen, sont: 1° cystite ou néphrite cantharidiennes possibles; 2° plaie pouvant favoriser les inoculations (diphthérie, erysipèle, etc.); 3° agitation, insomnie produites par la douleur locale. Le vésicatoire cause en même temps un peu d'élévation de température; enfin 4° inefficacité absolue.

Cependant plusieurs prescrivent encore le vésicatoire. Au début: comme révulsif, contre-irritant, la simple mouche de moutarde suivie de cataplasmes chauds; à la période de retour: le vésicatoire à la cantharide petit et répété pour aider la résolution qui, dans certains cas, traîne et se fait mal.

Il faut, bien entendu, éviter les complications rénales que peut produire la cantharide. Dans ce but, il est préférable d'interposer une couche de poudre de camphre entre la peau et l'emplâtre; il est surtout nécessaire de faire promptement évacuer le sérum contenu dans les phlyctènes en ouvrant largement ces dernières.

L'hyperthermie peut être combattue par les médicaments et par l'application du froid. Disons de suite que les antithermiques nouveaux, les dérivés du goudron de houille (antipyrine, antifébrine, etc.), paraissent, à bon droit, abandonnés. Ils sont tous plus ou moins toxiques, forcent le rein à un surcroît de travail et sont en somme, impuissants, à produire un abaissement de température notable et permanent.

La quinine (sulfate) elle-même a une action antithermique des plus douteuse. Dans les cas ordinaires de pneumonie franche, il faudrait la donner à des doses élevées 20 à 30 grains pour obtenir un effet antithermique un peu prononcé. Dans

(1) Voir l'UNION MÉDICALE, juin 1900.

toutes les maladie fébriles, du reste, la quinine ne réduit la température qu'à des doses supérieures à 20 grains. Nous faisons une exception en faveur de la quinine chez les pneumoniques paludiques. Dans ces cas la quinine a une action antithermique manifeste.

Si la quinine n'est pas un antithermique de grande valeur dans la pneumonie, c'est un excellent tonique cardiaque et un bon tonique amer. Il sera donc indiqué de l'administrer à la dose de 2 à 5 grains, surtout à la fin de la période aigue et pendant la convalescence.

La digitale, comme antithermique doit-être rejetée du traitement de la pneumonie. Elle a cependant des indications spéciales que nous verrons plus loin.

Le bain froid, employé dans la pneumonie d'une façon systématique par certains médecins allemands, doit, je crois, être réservé aux pneumonies infectieuses accompagnées de symptômes graves d'ataxo-adynergie. Je serais plutôt en faveur de la vessie de glace à demeure sur l'abdomen, comme antithermique, dans les cas de pneumonie ordinaire. Le docteur James Barr, dans un mémoire lu à la "Liverpool Royal Infirmary" (mars 1900) cite, avec graphiques de température à l'appui, ce moyen efficace d'abaisser la température au cours de la pneumonie. Il n'en dit certainement pas trop de bien, j'ai eu plusieurs fois occasion, dans la pneumonie et autres maladies fébriles de prescrire la vessie de glace à demeure sur l'abdomen et toujours cette application a eu une action réductrice rapide et notable sur la température fébrile.

L'antisepsie intestinale, en contribuant à la neutralisation des toxines concourt aussi à maintenir la température dans des limites raisonnables.

FORMES GRAVES DE LA PNEUMONIE.

Ce n'est pas tant la différence dans le degré de virulence du germe pneumonique que le plus ou moins de résistance du malade selon l'état de ses organes qui rend la pneumonie grave.

Un homme jeune, vigoureux résistera mieux à une pneumonie associée qu'un cardiaque, qu'un brightique ne le fera à une pneumonie simple.

Nous étudierons d'abord le traitement de la pneumonie infectieuse; pneumonie grave du fait d'une association, ensuite nous ferons le traitement des pneumonies qui sont graves à cause de l'état spécial, physiologique ou pathologique, du pneumonique qui se défend mal.

PNEUMONIE INFECTIEUSE.

La pneumonie infectieuse, ataxo-adynamique, typhoïde, doit être traitée par les bains froids et les stimulants.

Au cours de la pneumonie infectieuse le bain froid peut tout de même être contre-indiqué. Les vieillards, les artério-scléreux, les cardiaques, les diabétiques, les brightiques, échappent à l'application de cette méthode de traitement.

D'une manière générale, on doit baigner les pneumoniques qui présentent des phénomènes généraux très-marqués dépassant de beaucoup en gravité les phénomènes locaux. Quand, par exemple, la température se tient entre 103° et 105° F., quand il existe de l'ataxo-adynergie marquée, l'hésitation, alors, n'est pas permise; le bain froid s'impose de rigueur.

La technique du bain froid est connue, il suffit de dire ici que c'est au bain froid d'emblée et non au bain progressivement refroidi qu'il faut recourir. Il sera cependant bon quelquefois de tâter la susceptibilité du malade par quelques bains relativement peu froids pour commencer.

Le bain froid diminue la température, fait rapidement disparaître les symptômes d'adynergie, relève la tension artérielle, augmente la diurèse. Les effets favorables du bain se manifestent presque immédiatement, quelques-uns des symptômes s'améliorent à l'entrée même du malade dans le bain.

Quand les phénomènes généraux graves accompagnent des lésions pulmonaires très étendues, les bains froids tout en ayant encore une utilité incontestable, sont cependant moins efficaces.

L'hyperthermie n'est pas le seul phénomène qui indique le bain froid. L'élévation exagérée de la température constitue, il est vrai, un danger par les dégénérescences qu'elle peut causer, cependant ce danger est relativement éloigné. L'adynergie, elle, est causée par une infection toxémique grave et les centres vitaux étant immédiatement menacés par cette toxémie il con-

vient d'agir énergiquement. Voilà l'indication précise de l'application du bain froid qui soustraira de la chaleur, relèvera le ton du système nerveux en même temps qu'il favorisera l'élimination par la diurèse.

Cette infection profonde avec adynamie peut se rencontrer chez certains malades avec une température modérément surélevée. Quelques-uns même, exceptionnellement, peuvent être complètement sidérés et présenter une tendance à une température plutôt basse.

Dans toutes les pneumonies infectieuses, chez les sujets qui peuvent être ainsi traités, à la balnéation il faut joindre la médication stimulante.

C'est ici que se trouve spécialement indiquée l'administration de la potion de Todd qui est quelquefois comme suit :

Eau de vie ou rhum....40 gram. (1oz. 2dm)
Sirop simple....30. gram. (1oz.)
Tincture de cannelle....5. gram. (75 gts)
Eau distillée...75. gram. (2½oz.)

Il faut donner l'alcool, sous forme de cognacs, wiskey, etc., dilué et par doses fractionnées souvent répétées pour tenir le malade sous l'influence constante de ce médicament. Les doses seront fractionnées pour éviter l'action dépressive des doses massives et l'alcool sera convenablement dilué pour épargner toute irritation à l'estomac.

Les injections de sérum artificiel sont utiles dans la pneumonie infectieuse en ce qu'elles favorisent l'élimination par diurèse, augmentant tension vasculaire et stimulant le système nerveux.

Le docteur Michel fait remarquer que dans les pneumonies grippales, l'asphyxie est moins le fait des lésions pulmonaires que de la toxication; c'est avant tout une asphyxie toxique.

La saignée (200-250 grms., 6 à 8oz., en moyenne) dans ces cas de pneumonie infectieuse, bien loin d'épuiser le malade, constitue un excellent tonique cardiaque et général, surtout si l'on y ajoute comme médicament parallèle et nécessaire les injections hypodermiques de sérum artificiel.

Il suffit quelquefois d'une seule saignée pour faire disparaître les symptômes menaçants d'asphyxie.

La quantité de sérum artificiel injecté sera égale à la quantité de sang enlevé par la saignée; l'injection est faite le même jour que la saignée et peut être répétée au besoin.

A la saignée et au sérum artificiel il faut ajouter les enveloppements froids du thorax qui sont renouvelés toutes les trois heures.

Tel est le traitement employé à l'Hôtel-Dieu de Marseille contre la pneumonie infectieuse. La thérapeutique médicamenteuse y est nulle, excepté dans les cas spéciaux où la pneumonie attaque une constitution dégénérée.

Les pneumonies infectieuses peuvent être graves non seulement du fait de l'infection générale, mais aussi à cause de l'étendue des lésions pulmonaires diminuant considérablement le champ de l'hématose déterminant l'insuffisance du myocarde et produisant l'asystolie aiguë.

Le danger de ces pneumonies est au cœur et il faut ajouter à la médication précédente la médication cardiaque. Cette dernière est aussi la médication convenable aux pneumonies chez les cardiaques. Nous l'étudierons donc.

PNEUMONIE DES CARDIAQUES.

Il vaut mieux prévenir l'asystolie que la combattre, aussi chez les cardiaques il est préférable de recourir à la médication tonique du cœur dès le début de la pneumonie. Si le muscle est encore assez ferme, la digitale est indiquée. L'on prescrira la teinture digitale à la dose de Xgts 3 ou 4 fois par jour pendant une semaine; ou l'infusion de feuilles fraîches: une cuillerée à soupe 3 fois par jour pendant 4 ou 5 jours; ou encore mieux la digitaline cristallisée sous forme de la solution Mialhe-Petit. Cette solution inaltérable est dosée à 1 milligr. (1/64 de grain) par 50 gouttes. Elle sera administrée à la dose de 10gts par jour pendant 5 jours consécutifs si le cas n'est pas trop pressant. La dose de 50gts peut être administrée d'emblée si l'asystolie est menaçante, avec repos de 8 ou 15 jours après l'administration de cette dose.

Chez les cardiaques affaiblis, déjà asystoliques on utilisera de préférence la caféine, en injections hypodermiques, à la dose de 3 à 5 grains dans une solution de benzoate de soude, à toutes les 4 heures.

L'huile camphrée au 1/10e, une seringue Pravaz 2 à 4 fois par jour est encore un excellent moyen de soutenir l'action du cœur et de prévenir l'asystolie chez ces pneumoniques.

La spartéine (sulfate $\frac{1}{4}$ grain) en injection hypodermique 4 fois par jour, seule ou associée à la strychnine obtiendrait le même effet sur le cœur que les moyens précédents.

Quand le cœur est manifestement asystolique par l'hépatisation pulmonaire trop étendue ou par incompétence du muscle, il faut, avant de commencer l'administration de la digitaline pratiquer une bonne saignée 300 gram. (10 onces) ou plus.

Il faudrait tenir la même conduite dans un cas de forte congestion et œdème aigu du poumon, à la suite, par exemple, d'une dilatation aiguë du cœur droit.

Saigner d'abord et immédiatement ensuite donner une injection hypodermique d'une pleine dose de digitaline cristallisée.

PNEUMONIE DES ALCOOLIQUES

Les alcooliques sont sujets à la pneumonie, c'est un fait maintes fois constaté. Cette prédisposition est-elle due à ce que les cellules pulmonaires subissent une dégénérescence assez rapide au contact de l'alcool à l'élimination et deviennent par la suite moins résistantes? C'est probable et nous pouvons ajouter à cette action directe de l'alcool sur la cellule pulmonaire, les mauvaises habitudes hygiéniques de l'ivrogne; exposition au froid, aux intempéries, alimentation mauvaise et insuffisante, veilles prolongées, enfin toutes les occasions de maladies auxquelles les noceurs ne peuvent pas se soustraire.

La pneumonie chez l'alcoolique revêt des caractères inquiétants: délire violent ou prostration extrême, souvent même lorsque les lésions locales ne sont pas très avancées ou très étendues. Quelquefois la gravité des lésions du poumon accompagne les phénomènes généraux graves. Dans les deux cas les indications sont les mêmes. Il faut prescrire l'alcool généreux.

sement: 10 à 20 onces par jour, 1 à 2 cuillérées à soupe de cognac convenablement dilué à toutes les heures. Il convient ici d'associer l'opium à l'alcool: extrait thébaïque, en potion 0.10 centig. (2 grains) ou laudanum 50 à 60 gouttes par jour.

Les bains froids, dangereux chez les vieux alcooliques peuvent être remplacés par la vessie de glace sur le ventre.

PNEUMONIE DES FEMMES ENCEINTES.

Il faut ici soigneusement éviter toute médication trop énergiquement perturbatrice, s'abstenir des médicaments qui pourraient provoquer l'avortement (quinine, etc.)

La dyspnée toujours très marquée sera combattue par les ventouses sèches ou scarifiées. Si l'asphyxie devenait imminente, l'on n'hésiterait pas à pratiquer la saignée générale. Les femmes qui ont l'habitude du bain peuvent être traitées par le moyen si puissant des bains froids.

Contre la faiblesse cardiaque et en même temps pour exciter les centres respiratoires, on prescrira les stimulants diffusibles: éther, camphre, ammoniacaux, alcool celui-ci à doses très modérées. Les femmes, en général, supportent mal l'alcool.

PNEUMONIE DE L'ENFANT.

Généralement bénigne, la pneumonie franche chez l'enfant n'exige qu'un traitement peu énergique.

Au début, les phénomènes convulsifs si fréquents seront calmés par les bains tièdes et l'administration du bromure de potassium ou du chloral.

Le bromure s'administre à la dose quotidienne de 20 centig. (4 grains) au-dessous d'un an, de 40 centig. (8 grains) à partir d'un an, et de 1 à 2 grammes à partir de 2 ans.

Le chloral 0.60 centig. (1 grain) par année d'âge de l'enfant.

A la période d'état l'on se contentera de prescrire un potion ammoniacale.

Dans les pneumonies graves infectieuses on ajoutera l'alcool à petites doses et très dilué; la digitale si le pouls l'indique ou bien la caféine (4 à 10 grains par jour en inj. hyp.); la spartéine ($\frac{1}{6}$ à $\frac{1}{3}$ de grain par jour et par année) ou l'huile camphrée

seront les médicaments employés pour soutenir l'action du cœur.

S'il y a agitation excessive: bromure en potion ou camphre en lavement. Le bain tiède, contre l'agitation et le bain froid d'emblée ou progressivement refroidi, contre les symptômes ataxo-adiynamiques constitue encore ici le traitement par excellence.

PNEUMONIE DES VIEILLARDS.

L'on sait que la pneumonie est ordinairement la porte que prennent les vieux pour sortir de cette vie.

La pneumonie est très meurtrière chez les vieillards et la terminaison fatale ne peut être évitée (pas toujours bien entendu) que par l'application de la médication tonique et stimulante.

La quinine à dose tonique pendant la période d'état. Durant la convalescence il vaudrait mieux recourir au vin de quinquina (lait des vieillards) comme tonique.

Dès le début: Médication stimulante. Administration des ammoniacaux et de l'alcool. Les doses seront plus fractionnées que pour l'adulte et plus rapprochées. La stimulation doit être moins forte, à cause de l'état athéromateux des vaisseaux mais sera tout de même soutenue et longtemps continuée.

S'il y a catarrhe chronique des bronches il faudra durant la convalescence administrer les médicaments qui ont pour effet de diminuer les sécrétions bronchiques: les balsamiques, les térébenthines, terpine, etc.

La convalescence sera surveillée de près et le traitement médical devra l'accompagner jusqu'au rétablissement complet de la santé.

Références : —

"Clinique Thérapeutique," G. Lyon, Edition 1899.

"British Med. Journal." 16 juin 1900.

"Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale." 1 juin 1900.

H. HERVIEUX.

HYGIÈNE

La formaldéhyde comme désinfectant.

La formaldéhyde est un médicament dont on a parlé si souvent, et qui a attiré à un tel point l'attention des hygiénistes, qu'il n'est pas déplacé, croyons-nous, d'en dire ici quelques mots.

La formaldéhyde est un gaz que l'on obtient en faisant évaporer de l'alcool méthylique sur un fil de platine chauffé. La forme la plus habituellement vendue dans le commerce est une solution aqueuse à 40 p. c., que l'on appelle "formaline". Pour diminuer la rapidité de décomposition de la formaline, Trillat, dans ses expériences, y ajoutait du chlorure de chaux, et il a appelé ce mélange "formochloral". Le mot "holzlin" désigne une solution de formaldéhyde à 60 p. c., dans l'alcool méthylique, solution employés par Oppermann. Rosenberg, pour diminuer les propriétés irritantes de cette solution, y a ajouté une petite quantité de menthol, et a appelé le mélange "holzlinol". Enfin, la formaldéhyde solide, ou paraformaldéhyde, est connue dans le commerce sous le nom de paraforme.

MODES D'EMPLOI.

Des divers appareils inventés pour la fabrication de la formaldéhyde, les lampes à générateurs de platine ont été reconnues insuffisantes. L'appareil Trillat, peu employé en Amérique, est muni de soupapes qui s'ouvrent sous une pression de trois atmosphères, et le gaz est conduit dans la chambre par un tube en cuivre introduit dans le trou de la serrure. Cet appareil a l'inconvénient de coûter cher.

Aux États-Unis, on emploie souvent les appareils de Novy ou de Kinyoun. Le docteur Voy, du Conseil d'Hygiène de l'état de Michigan, se sert d'un simple vase en cuivre, en forme de canistre, et muni d'un tube qu'on passe dans le trou de la serrure: ce vase est chauffé sur un bec à gaz Bunsen, ou sur un poêle à gaz ou à gasoline; on peut faire évaporer, en vingt minutes, huit onces de formaline, quantité nécessaire pour mille pieds cubes. On fait bouillir la formaline aussi rapidement que

possible, et l'on ajoute, pour empêcher la polymérisation, de cinq à dix grammes de borax. Ce procédé est considéré comme supérieur à la fumigation au soufre.

L'appareil du docteur Kinyoun, en usage dans le service des hôpitaux de la marine, est plus compliqué. Il se compose de deux bouilloires; dans l'une, on fait évaporer de la formaline et du chlorure de chaux; dans l'autre, on évapore de l'ammoniac, après que la formaldéhyde a agit le temps nécessaire, afin de neutraliser les vapeurs de ce dernier gaz.

Ces générateurs à formaline sont bons; mais certains auteurs préfèrent les lampes à alcool méthylique. Le docteur Young, secrétaire du Conseil d'Hygiène de l'état du Maine, dit dans ses " Notes on desinfectants and desinfection " que les lampes à disque d'amiante platinisée sont les seules qui produisent la formaldéhyde en quantité suffisante pour la désinfection des chambres et soient suffisamment simples et économiques pour devenir d'un emploi général. Il semble leur accorder une action plus prononcée que celle des autres appareils: elles produisent, dit-il, la formaldéhyde rapidement en grande quantité, et permettent de vulgariser l'application de ce gaz à la désinfection des chambres.

Il ne faut pas confondre ces lampes avec celles, plus modestes, destinées à vaporiser des pastilles de formaldéhyde solide ou paraforme. Ces lampes ne dégagent qu'une quantité minime de gaz, et ne sont utiles que pour établir une action antiseptique continue dans la chambre du malade, ou pour désinfecter de petits espaces.

DÉSINFECTION DES CHAMBRES.

Quand on veut désinfecter une chambre, il faut toujours se rappeler que la formaldéhyde agit mieux dans une chambre qui a été chauffée au préalable, et dans une atmosphère sèche; le froid et l'humidité diminuent son action.

Il faut en outre avoir un appareil qui fonctionne bien, et employer des quantités suffisantes du médicament, qu'on laissera agir pendant le temps voulu. Ainsi l'alcool méthylique est vaporisé sur les disques d'amiante platinisée à la dose de deux litres pour 3.000 pieds cubes, et les vapeurs sont laissées en con-

tact pendant dix à douze heures (Robinson). La quantité nécessaire de formaline est de 8 onces à une livre par 1000 pieds cubes (Brough, Wyatt-Johnston); l'exposition doit durer de cinq à sept heures. Pour la paraforme, Aronson emploie une tablette (1 gramme) par mètre cube.

La formaldéhyde n'a pas une action pénétrante considérable et elle n'enlève pas les indications, quand elles existent, du lavage et du brossage. Pour les surfaces, c'est, comme le dit Trillat, le gaz désinfectant le plus puissant que l'on connaisse. Les vapeurs de soufre ne sauraient en aucune manière agir aussi efficacement. Ceci a été prouvé par maintes expériences.

La formaldéhyde, en effet, a été soumise à des épreuves nombreuses. On s'est d'abord assuré de son action sur les bouillons de culture. On a constaté qu'une solution de formaline à 10 p. c. tue en 15 minutes les bacilles de l'anthrax, et en 5 heures les spores de ce même bacille, dont on connaît la force de résistance, et qu'une température de 100° C., maintenue pendant 12 minutes, n'avait pu exterminer. Une solution de formaline à 5 p. c. a fait mourir en 5 minutes le bacille de la diphtérie, et en 30 minutes le staphylocoque doré. Aronson, en ajoutant une partie de formaldéhyde dans 20,000 parties d'un bouillon de culture rempli de bacilles d'Eberth, a maintenu ce bouillon absolument stérile. Slater et Rideal ont répété la même expérience avec d'autres microbes. Le pneumocoque à péni en 15 minutes dans l'air contenant 1 p. c. de formaldéhyde.

Les expériences d'application pratique ont été aussi concluantes. Trillat dépose des cultures d'anthrax, de diphtérie et de tuberculose dans plusieurs chambres chauffées à 12° C., et représentant un cubage de 13,135 pieds; il laisse les vapeurs de formaldéhyde agir pendant 7 heures dans ces chambres, et il inocule ensuite les cultures à des animaux; l'inoculation reste nulle. A Lyon, Trillat et Roux placent des objets (papier, toile, bois) souillés par des microbes pyogènes, des bacilles d'anthrax, des coli-bacilles dans deux grandes salles (49,700 pieds cubes) dont la température varie entre 4° et 10° C.; ils vaporisent pendant cinq heures 9 litres de formaline, et laissent les vapeurs en contact pendant 36 heures; la stérilisation est complète et dure encore après 30 jours. DuBosc, de Montpel-

lier, stérilise une salle d'hôpital de 50 pieds de long, suivie de 2 chambres (26,000 pieds cubes), en vaporisant en 2½ heures 3 litres de formaline; l'exposition avait duré 5 heures pour une partie, 24 heures pour l'autre. Le docteur Behm, du Bureau de Santé, de Chicago, a prouvé par une expérience très intéressante qu'un drap imbibé de formaline et suspendu dans une chambre suffit à désinfecter 1000 pieds cubes; des cultures exposées pendant 5 heures dans des chambres ainsi désinfectées sont restées stériles.

Il est difficile, on le voit, de contester l'action désinfectante de la formaldéhyde, action qui est des plus prononcée. De plus, la formaldéhyde est un déodorisant actif; elle ne masque pas seulement les odeurs, elle les détruit. Waller a constaté que 1 p. c. de formaline déodorise les matières fécales, et que 10 p. c. les stérilise.

VÊTEMENTS, LINGES, INSTRUMENTS.

Quelques auteurs, entre autres Pfuhl, ont prétendu que la formaldéhyde est inefficace pour désinfecter les vêtements, les matelas, etc... Ce n'est pas l'opinion de Wyatt-Johnston, qui a désinfecté des vêtements placés dans une valise ou un garde-robe en employant un excès de vapeurs. C'est aussi ce qu'a fait Robinson, qui a pu stériliser des cultures de fièvre typhoïde placées dans des matelas ou des oreillers enfermés dans un espace clos; il employait une grande quantité de vapeur, 1 litre d'alcool par 1000 pieds cubes, afin d'en augmenter la pénétration. Doty affirme, que pour la désinfection superficielle des tentures, des vêtements, des fourrures, de la soie et autres articles que l'on peut étendre dans la chambre pour en exposer la surface, la formaldéhyde est un agent d'une incontestable valeur.

La formaldéhyde, même en solution, n'altère pas les étoffes, et n'en change pas la couleur, si la tenture est de bonne qualité; ceci a été prouvé par Kinyoun, qui a expérimenté avec 225 échantillons de laine, soie, coton, toile, cuir, crin, etc. Mais il faut bien se rappeler les observations de Rondelle, qui démontrent que la formaldéhyde fixe les taches de sang et de pus, qui ne s'enlèvent plus au lavage. Il en est de même, mais à un

degré moindre, des taches de matières fécales. Par contre, la formaldéhyde n'agit pas sur les dorures, le cuivre, le zinc, le nickel; mais elle altère le fer et l'acier. L'odeur se dissipe vite quand la chambre est aérée; les vêtements la conservent plus longtemps, et doivent être exposés à l'air plusieurs jours si les vapeurs de formaldéhyde n'ont pas été neutralisées par l'ammoniaque.

Rosenberg et Reik ont stérilisé en 15 minutes, dans un espace clos, des instruments de chirurgie. Suivant Alleger et Robinson, ces instruments ne ternissent pas et conservent leur fil. Le docteur Martin, de Philadelphie, stérilise ses sondes dans une boîte fermée en évaporant $\frac{1}{2}$ drachme de paraforme; la stérilisation dure encore après deux semaines. Quand on emploie la formaldéhyde, les instruments de chirurgie peuvent être stérilisés vingt-quatre heures d'avance.

DÉSINFECTION D'UNE CHAMBRE DE TUBERCULEUX.

Comme conclusion pratique, voici comment le Conseil d'Hygiène de l'état du Maine conseille de désinfecter une chambre qui a été habitée par un tuberculeux.

Les vêtements, le linge de lit sont trempés pendant 24 heures dans une solution de formaldéhyde; les tapis et les meubles bourrés sont arrosés légèrement de la même solution avant de désinfecter la chambre; on lave les murs et les meubles, on arrose fortement le plancher de manière que la solution de formaldéhyde pénètre dans les joints, puis l'on vaporise la formaldéhyde dans la chambre, qui doit rester fermée au moins huit heures. On ferme les prises de cheminée, les ventilateurs, etc., et l'on vaporisera 10 onces de formaline par 1000 pieds cubes.

E. P. BENOIT.

SOCIÉTÉS

LES FÊTES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Le 25 et le 26 juin, la Société Médicale de Québec célébrait le quatrième anniversaire de sa fondation.

Environ cent-cinquante médecins du district de Québec avaient répondu à l'appel du président du comité d'organisation, M. le docteur Charles Verge.

M. le docteur E. P. Lachapelle représentait le collège des médecins et chirurgiens de la province, et le bureau d'hygiène provinciale. M. le docteur E. P. Benoit représentait *L'Union Médicale*; nous avons nous-même, l'honneur de représenter le Comité d'Études Médicales de Montréal.

L'Université Laval de Québec avait ouvert ses vastes salles au public médical, et c'est là que nous avons assisté à l'ouverture de la séance du 25 juin à 3.30 heures p. m.

Le recteur de l'Université, M. l'abbé Mathieu, souhaite la bienvenue à la Société Médicale et à ses hôtes.

Il se déclara heureux de l'œuvre accomplie par cette Société et du beau mouvement scientifique qu'elle inaugurerait si brillamment.

L'Université a l'œil ouvert sur ceux qui travaillent, et elle sera toujours honorée de présider aux fêtes de la science dont le but est d'éclairer les peuples, jeunes ou vieux, et d'orienter les esprits supérieurs vers l'étude des problèmes difficiles qui attendent encore une solution.

Monsieur le doyen de la Faculté de Médecine, le docteur L. J. A. Simard, dans un travail soigneusement préparé, synthétisa les progrès de la science médicale à Québec depuis la fondation de l'Université Laval en 1852. Nous y relevons le fait important que l'Université s'est toujours préoccupée d'élever de plus en plus le niveau des sciences médicales dans cette province en exigeant des aspirants un certificat d'études classiques, plus tard un examen spécial comportant les lettres et les sciences, et enfin un diplôme de bachelier ès-lettres et ès-sciences.

On se préoccupa également des connaissances acquises par les étudiants en médecine. On les obligea à subir des examens tous les trois mois. Le professeur peut suivre pour ainsi dire, pas à pas, l'élève qu'il enseigne et prédire à l'avance un succès ou un échec par les résultats obtenus à ces différentes épreuves successives. Bref, le système actuel pour être considéré comme parfait. En tout cas, l'enseignement est supérieur à celui d'Ontario qui se réclame injustement du titre de champion. Au reste, le fait est démontré à l'évidence par le nombre des cours donnés et les heures qui y sont consacrées.

Nous espérons, pour le plus grand bien de notre province, que M. le président publiera en entier son excellent rapport auquel nous donnerons toute la publicité qu'il mérite.

M. le docteur Fortier, professeur d'hygiène, lit un travail savamment élaboré sur "la prophylaxie privée et publique de la tuberculose." Nous y trouvons des observations judicieuses et des conseils parfaitement adaptés aux milieux dans lesquels nous vivons. Malheureusement tout reste à l'état de théorie dans la grande majorité des cas, nous voudrions, pour notre part, que l'on fasse distribuer par milliers les conseils si utiles que nous avons entendu formuler d'une façon à la fois si simple et si claire.

Le public, en général, n'est pas averti des dangers qui le menacent de tous côtés par son contact avec les tuberculeux de tous genres, nous savons des circonscriptions qui sont décimées par la tuberculose pulmonaire et une petite enquête nous prouve à l'évidence la large part qu'il faut attribuer à l'alcool. Bref, nous pensons que les sociétés locales feraient œuvre de patriotisme éclairé en étudiant ces deux grandes questions d'actualité: la tuberculose et l'alcoolisme.

Il y a là, nous croyons, un danger national, et il semble que nous serions entendus si nous essayions de formuler quelques prescriptions hygiéniques applicables dans tous les endroits et utiles à tous les cas.

Monsieur le docteur Sirois nous a entretenus durant quelque demi-heure sur "la réciprocité interprovinciale". Nous n'avons pas l'intention de discuter ici le mérite de la question. Il faudrait reproduire en entier le discours de M. Sirois.

Le rapporteur estime que le temps n'est pas venu, pour nous, d'abandonner notre liberté d'enseignement médical français dans cette province pour le fusionner avec l'enseignement anglais, bien inférieur au nôtre, dit-il.

Ce serait enlever le droit de préséance à notre université catholique, l'Université Laval. Celle-ci a prouvé l'excellence de son enseignement par la valeur réelle des hommes qu'elle a formés et qui ont occupé les premières places dans les différentes carrières qu'ils ont embrassées.

En second lieu, ce serait centraliser à Ottawa l'enseignement universitaire.

Un élève qui voudrait exercer dans le Dominion devra nécessairement obtenir, après examen, le diplôme du bureau fédéral, lequel lui donnera droit aux différentes licences interprovinciales moyennant la somme de 40 dollars pour chacune d'elles, soit un total de 280 dollars pour les sept provinces. Les diplômes des universités provinciales sont non-valeur auprès du bureau fédéral.

Le rapporteur appréhende également la composition de ce bureau. Chaque province aurait droit à trois représentants dont un nommé par le gouvernement soit, trois, ou même deux médecins français contre vingt-et-un médecins anglais.

Il est vrai que chaque province se réserve le privilège de se retirer si ses droits étaient lésés, mais M. Sirois estime qu'il sera trop tard pour agir ainsi: au reste le bureau fonctionnerait également et la province de Québec se trouverait isolée pour ne pas dire déconsidérée. De plus, M. Sirois s'élève fortement contre l'ingérence du gouvernement dans les affaires médicales. Et sur ce point nous l'appuyons de toutes nos forces. La politique joue un trop triste rôle chez les avocats pour que les médecins lui empruntent sa procédure malsaine. Au reste ce résumé incomplet est loin d'être suffisant pour apprécier justement la question. Je renvoie les lecteurs aux correspondances de *l'Union Médicale*, de la *Revue Médicale*, et du *Bulletin de Québec*.

M. le docteur Paquin a soumis à l'approbation de tous les membres le projet d'une seconde convention en 1902, lors de la célébration du cinquantenaire de l'Université Laval à Québec.

Ce projet préparait les voies à une idée plus vaste si bien exposée par le professeur Brochu, de Québec, à savoir, le projet de fondation d'une " Association médicale française de l'Amérique du Nord."

Le but de cette association serait de réunir, tous les ans ou tous les deux ans, tous les médecins français de l'Amérique en un grand congrès où tout le travail des sociétés médicales françaises de tous lieux serait synthétisé dans des communications soigneusement préparées. Evidemment, l'action de ces congrès pourrait étendre de beaucoup le programme de ses séances, mais cette seule idée suffit au succès final. La première réunion aurait lieu en 1902, époque de la célébration du cinquantenaire de l'Université Laval, à Québec.

Tous les membres ont chaleureusement applaudi et nous espérons que tous les médecins du district de Montréal voudront bien nous aider de leur appui dans la réalisation de ce magnifique projet. Ce serait là l'unique moyen de fusionner pour ainsi dire les différents districts français de la province dans une seule pensée: l'avancement des sciences médicales.

Nous entrevoyons déjà, dans un avenir rapproché, les conséquences heureuses de ces congrès.

En premier lieu, les sociétés médicales s'organisent sur des bases solides; les membres actifs se font inscrire en grand nombre et rivalisent d'ardeur au travail: les observations cliniques sont judicieusement classifiées, les travaux de laboratoire sont méthodiquement poursuivis et acquièrent, dans l'esprit de tout médecin, une importance aujourd'hui indéniable. Des sociétés locales sont fondées dans les centres beaucoup plus petits. Les prescriptions hygiéniques sont mieux étudiées, mieux comprises et bien appliquées. En un mot, le médecin voit, compare, étudie, etc.

En second lieu, les médecins de tous les districts se rencontrent, se connaissent mieux et s'apprécient justement. Nous n'en voulons comme preuve que le succès des fêtes intimes de la Société Médicale.

L'exquise urbanité des médecins de Québec, leur esprit gaulois et leur sympathie franche ont conquis spontanément l'estime de leurs hôtes dont quelques-uns ont noué des liens d'amitié qui se moqueront longtemps de la distance!...

A la reprise de la séance le 26 juin, monsieur le docteur Faucher, co-sécrétaire nous a donné un rapport des travaux de la Société depuis sa fondation. Nous en attendons la publication. Ce sera, nous croyons, son plus bel éloge.

M. le docteur Simard, junior, a fait une communication sur " les obstructions urinaires et leur traitement."

C'est un travail utile et pratique. Nous avons vu défiler devant nos yeux tour à tour le don Juan classique cachant soigneusement sa blennorrhagie dans les replis d'un rétrécissement vrai, le nerveux, hystérique ou neurasthénique, contemplant son canal, imaginant des obstructions ou un écoulement matutinal à la suite d'un faux pas, des vieillards à cheveux blancs grossissant leur prostate, ou dilatant leur vessie aux souvenirs d'une jeunesse qui ne revient plus et qu'une vieillesse débonnaire a trop tôt supplantée!...

Autant de recommandations sages et prévoyantes pour le médecin soucieux, d'une réputation à conserver ou d'un soulagement à procurer. Nous lirons cela un jour dans le *Bulletin de Québec*.

La séance s'est terminée par la visite aux laboratoires sous la conduite du docteur Rousseau, agrégé.

L'installation est à peu près complète. M. Rousseau nous a expliqué le fonc-

tionnement de chaque pièce, l'utilité de certaines recherches, les différents modes de coloration, de stérilisation, etc... pour terminer par une causerie scientifiquement conduite sur l'importance des analyses du suc gastrique dans les maladies aiguës ou chroniques; le pronostic sombre des pneumonies dans la diminution des chlorures; l'importance du dosage des phosphates dans les différentes sortes de diabète; l'hypochlorhydrie dans le cancer de l'estomac, l'hyperchlorhydrie dans l'ulcère, etc., tous sujets de la plus haute importance et qui forment partie intégrale du chapitre si important de la " nutrition."

La clarté et la précision sont à l'actif de nos bons amis de Québec, nous ajoutons même l'élégance. Voilà pour la partie scientifique.

La note gaie a été donnée le 25 juin à 9 heures p. m. dans un magnifique banquet au Frontenac où 150 médecins s'étaient donné rendez-vous. Il nous est impossible de donner ici une idée exacte de cette démonstration d'amicale fraternité. Tour à tour, et avec une fraîcheur de coloris remarquable, nous avons vu défiler devant nos yeux le tableau de la ville de Québec avec ses remparts élevés et sa citadelle altière évoquant les souvenirs glorieux du passé, et conservant intacte l'idée française qui avait présidé à sa fondation; la Saint-Jean-Baptiste, notre fête nationale, avec ses drapeaux tricolores, sa religion, ses écoles et ses collèges français regorgeant d'élèves aux allures gauloises et se préparant avec courage à la lutte par les idées dans un avenir prochain; l'Université Laval, institution chère à tous, avec son œuvre d'évangélisation scientifique et de patriotisme éclairé s'entourant d'hommes instruits et jetant dans toutes les classes de la société les esprits dirigeants dont elle se réclame à chaque instant: la profession médicale avec ses devoirs, son influence, ses sacrifices et, par dessus tout, ses ingratitude de tous les jours; la presse médicale avec sa mission, ses pouvoirs, etc., en un mot toute une collection de vieilles peintures sans cesse rajeunies et toujours chères aux artistes du souvenir. Ce sont des " eaux fortes " pour ceux qui s'y connaissent, et elles feront toujours l'honneur de notre musée national.

En réponse à la santé de la presse médicale, M. le docteur Benoit a parlé dans les termes suivants:

"Le docteur Faucher a bien voulu rappeler, dans son discours, et cela en des termes très élogieux, trop élogieux peut-être, du rôle qu'a joué *L'Union Médicale* pendant les cinq années qu'elle a été sous ma direction, et la part qui lui revient dans le réveil actuel de la profession médicale. Mon ami me permettra de le remercier de ses compliments flatteurs. Certes, je ne me dissimule pas la puissance d'action, l'influence très grande que peut exercer une revue médicale, surtout en ce qui concerne les intérêts professionnels. Nous en avons eu des preuves. Mais cette action ne peut s'exercer qu'à la condition que le journal ne soit que l'organe de la profession, ne fasse qu'exprimer ses désirs et défendre ses droits. C'est là l'unique raison du succès de *L'Union Médicale*, et sa force lui est venue du fait qu'elle a pris la défense des droits et fait valoir les désirs de la profession. A ce point de vue seul, j'accepte les compliments de M. le docteur Faucher.

Après avoir entendu les beaux et patriotiques discours qu'on a prononcés ce soir, me permettez-vous de vous faire part d'une pensée qui m'est venue cette après-midi en écoutant M. le docteur Brochu exposer son admirable projet. Ce projet, messieurs, est une idée lumineuse; il aura, j'en suis sûr, des conséquences très grandes sur ce continent, et sa réalisation n'offre pour moi aucun dou-

te. Nous avons souffert jusqu'ici de l'isolement où nous avons vécu; le médecin pratiquant, dans nos campagnes surtout, ne s'est pas senti suffisamment supporté. L'Université, le collège des médecins, tout cela c'est bien, et c'est déjà beaucoup; chacun de nous leur porte un intérêt majeur. Mais il nous faut davantage; il nous faut un point commun de raliement, quelque chose pour nous unir, nous faire nous serrer les coudes et travailler, tous ensemble, pour la bonne cause, c'est-à-dire pour nous, pour nos intérêts. Eh bien! j'ai pensé, en écoutant M. le docteur Brochu nous exposer son projet, que c'était là la clef de la situation, le puissant levier dont nous avons besoin pour établir aux yeux de tous notre position, faire valoir nos droits, exprimer nos désirs. En créant une association médicale française de l'Amérique du Nord, nous prendrons immédiatement la place qui nous appartient sur ce continent, nous deviendrons l'égal de tous, nous fixerons enfin notre rang social vis-à-vis de l'univers entier.

Il me fait plaisir que ce projet ait pris naissance dans cette belle ville de Québec, qui est le cœur de la province, et c'est bien là le lieu d'où il devait partir. Je lève mon verre avec enthousiasme au succès de l'entreprise, et soyez assurés que vous aurez, pour vous aider à sa réalisation, l'entier concours de tous les médecins canadiens-français. Je félicite aussi M. le docteur Verge, président du comité d'organisation, d'avoir organisé si bien cette jolie fête, dont le succès est dû entièrement à ses efforts ainsi qu'à ceux des membres du comité, et je le remercie bien cordialement de m'avoir fait l'honneur d'une invitation à ces agapes fraternelles, qui laisseront dans le souvenir de tous une impression ineffaçable."

Comme représentant officiel du Comité d'Etudes Médicales de Montréal, nous avons eu l'honneur de nous associer à tous les membres présents dans leurs souhaits à l'adresse de la Société Médicale de Québec.

Pour l'information des médecins du district de Montréal, nous ajouterons que cette société a été fondée, il y a quatre ans, par un groupe de médecins distingués de ce district dans le but d'assurer à la médecine une place d'honneur qu'elle mérite à plus d'un titre. Gracieusement reçue, choyée même par l'Université Laval, qui lui avait offert l'hospitalité dans ses vastes salles, la Société Médicale de Québec a grandi, s'est affirmée par des travaux sérieux qui ont exalté l'ardeur de ses membres et qui ont sollicité l'attention du public médical.

Le Comité d'Etudes Médicales est heureux des succès qui couronnent de si louables efforts et il donne son plus entier concours aux amis de Québec dans l'œuvre éminemment scientifique et humanitaire qu'ils poursuivent là-bas et que nous poursuivons ici aux mêmes titres. Moins heureux que la Société Médicale de Québec, à ses débuts, notre Comité est né sans bruit, dans une mansarde amie, au retour d'Europe, alors que quelques-uns d'entre nous étaient encore sous le coup des fortes émotions d'outre-mer.

Les espérances étaient grandes: l'illusion était complète!...

Après deux années de lutte pour l'existence, l'Université nous accueillit sous son toit: ce fut presque de la gloire, en tout cas, ce fut la vie.

Depuis ce temps, nous vivons dans une confraternité bienveillante; nous concentrons nos forces, nous multiplions nos efforts et nous gagnons des prix en attendant le jour de la distribution; nous avons déjà reçu des accessits à titre d'encouragement au travail et à la sagesse!....

En effet, c'est une tâche difficile, délicate même, dans un jeune pays comme le nôtre de grouper les énergies et de fonder des sociétés médicales, pour ne parler que de celles-ci, qui résistent longtemps à l'indifférence de ses membres ou encore à l'étroitesse d'esprit de ceux qui s'opposent sciemment à toute innovation sérieuse dans l'art de guérir.

Et pourtant, quel est l'esprit le moins ouvert qui oserait nier l'utilité, pour nous médecins, des sociétés médicales et leur influence considérable dans l'orientation des esprits vers les conceptions nouvelles des dernières années?... Qui est-ce qui a élevé le niveau des sciences médicales en France, sinon ses incomparables sociétés savantes: l'Académie des Sciences, l'Académie de Médecine, la Société de Biologie, la Société de Chirurgie, la Société Médicale des Hôpitaux, et tant d'autres. C'est au sein de ces assemblées que les savants des dernières années ont communiqué, à la suite de patientes recherches, les résultats inespérés de leurs lumineuses conceptions.

C'est au sein de ces assemblées, créées en tribunaux supérieurs de la médecine, que les gouvernements vont chercher des avis et des conseils pour arrêter dans leur marche des ennemis plus puissants que des armées rangées en bataille, nous voulons parler des grandes épidémies, ces faucheuses à millions.

C'est au sein de ces assemblées que les esprits d'élite ont acquis leurs droits à la reconnaissance des générations présentes et futures en démontrant que la science a sauvé par centaines de milles déjà des enfants dont le sort était fixé d'avance par la mort, et cela, à une époque qui est encore très rapprochée de nous: nous voulons parler de la diphtérie.

C'est au sein de ces assemblées que les écoles d'enseignement supérieur choisissent leurs professeurs dont les élèves iront plus tard grossir la brillante phalange des artisans de sciences biologiques ou de pathologie médicale.

C'est au sein de ces assemblées que la presse médicale puise à pleines colonnes les enseignements nouveaux qu'elle diffuse à la façon d'un puissant jet de lumière dans les différents centres intellectuels du monde entier.

Nous dirons plus: ce sont, dans un sens plus large, les sociétés savantes, dont l'union fait la plus grande force d'un pays, qui peuvent, à un moment donné, conserver intact l'esprit d'une nation, d'un peuple, d'une province même, en élevant des remparts solides contre l'envahissement progressif des conquérants à fausses doctrines.

Enfin, ce sont les sociétés savantes qui peuvent contribuer le mieux au bien-être moral des centres, petits ou grands, par le sens élevé qui préside à leurs délibérations et par les solutions éclairées de problèmes difficiles qu'elles soumettent à l'appréciation de leurs membres, de leurs auditeurs ou même de leurs lecteurs petits ou grands.

Et voilà, en trop peu de mots les raisons d'existence des grandes sociétés médicales ou autres. C'est aussi un peu la raison d'existence des sociétés plus humbles, telles que les nôtres par exemple.

Fondées dans le but de vulgariser l'enseignement médical, surtout l'enseignement médical français, le plus beau qu'il y ait au monde, elles revendiquent déjà leur place d'honneur dans notre chère province de Québec à la fois tant aimée et tant décriée: elles assurent une voix prépondérante en faveur de l'autonomie provinciale et elles réfutent victorieusement l'accusation de nos confrères anglais qui nous taxent de stérilité en matières de sciences médicales.

Tout ce que nous demandons, nous, les fondateurs du Comité d'Etudes Mé-

dicales de Montréal — et peut-être les fondateurs de la Société Médicale de Québec se joindront-ils à nous — c'est que d'une part, l'Université Laval nous continue son appui moral ferme, elle qui s'est constituée la gardienne jalouse de l'enseignement supérieur français dans cette province; et que d'autre part, les gouvernements, qui font si peu pour la cause de cet enseignement, se guérissent de leur maladie héréditaire de vouloir affubler d'un manteau "rouge" ou "bleu" leurs mandataires scientifiques officiels!...

En dernier lieu nous demandons à tous les médecins du district de Montréal de se grouper autour du Comité d'Études Médicales que nous nous proposons de réorganiser sur des bases plus larges et solidement assises à l'automne.

Voilà ce que nous avons à dire à l'occasion de ces joyeuses agapes fraternelles.

Nous espérons pour tous que cette ère nouvelle, inaugurée si brillamment, aura son écho quelque part; soit dans nos échanges de sympathie dans l'avenir, soit dans des fêtes nouvelles que nous avons l'intention de donner l'année prochaine vers la même époque.

Et c'est tout. On baisse le rideau, on fait ses adieux et le médecin bon enfant retourne à ses moutons.

J. A. LESAGE.

Délégués aux Congrès français.

Désireuse de maintenir ses nombreux lecteurs au courant des divers travaux de médecine, chirurgie, etc., et de suivre les divers perfectionnements qu'apporte aux sciences médicales la pratique journalière de chacun, la direction de *L'Union Médicale* a, dans ce but, délégué à Paris deux de ses directeurs, MM. A. Marien et R. Boulet, qui sont respectivement chargés des rapports de chirurgie et d'ophtalmologie. M. le docteur Alphonse Mercier, actuellement à Paris, suit les comptes rendus des congrès.

Tous ces travaux seront publiés in extenso dans notre journal.

Nouveau professeur de Chimie.

Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Rivet qui a été nommé récemment professeur de chimie, à l'Université Laval, pour succéder à M. le professeur Fafard, décédé. Le docteur Rivet part pour l'Europe, où il ira se perfectionner dans la pratique des analyses.

Nos meilleurs souhaits l'accompagnent.

Deux nouveaux professeurs titulaires.

Nous apprenons avec un extrême plaisir que MM. Brennan et Hervieux ont été nommés professeurs titulaires à l'Université Laval: le premier à la chaire de gynécologie, le second à la chaire de thérapeutique et de pharmacologie.

L'Union Médicale adresse ses meilleurs souhaits aux nouveaux élus qui sont dignes à tout point de vue de cette place au premier rang qu'ils occupaient, de fait, depuis longtemps déjà, et elle espère que l'Université continuera dans l'avenir cette ère de progrès inaugurée récemment et propre à encourager le travail.

BUREAU DES GOUVERNEURS

Du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

ASSEMBLÉE DU 4 JUILLET 1900.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs a eu lieu à l'Université Laval, le mercredi, 4 juillet dernier, de neuf heures du matin à cinq heures du soir. Quelques gouverneurs étaient absents: ce sont MM. Catellier et Vallée, de Québec, en voyage à Paris, Worthington, de Sherbrooke, attaché à l'armée d'Afrique, et Pelletier, de cette même ville, dont la mère vient de mourir. M. Sewell, retenu à Québec par ses occupations, n'ayant pas assisté aux assemblées précédentes du Bureau, avait envoyé sa démission; mais elle n'a pas été acceptée.

L'assemblée a été présidée par le Dr. E. P. Lachapelle. La séance a été consacrée presque exclusivement aux affaires de routine, les divers comités chargés d'étudier les questions d'intérêts professionnels ayant fait ajourner leur rapport à l'automne. Néanmoins, plusieurs décisions prises par le Bureau sont intéressantes en ce sens qu'elles établissent l'interprétation des récents amendements à la loi médicale, et la manière dont le Bureau entend les appliquer dans ses règlements.

EXAMEN PRELIMINAIRE.

Ainsi le Bureau a unanimement accordé à tous les irréguliers le privilège de l'amendement Roy, mais il a eu soin d'ajouter, sur proposition du Dr. Marsolais, secondé par le Dr. Jobin, que tout candidat bénéficiant de la loi Pinault (1898), modifiée par l'amendement Roy (1900), devra subir l'examen professionnel devant le comité nommé par le Bureau. Cet ajout était nécessaire pour mettre sur le même pied tous les candidats à la licence et ne pas créer d'injustice envers ceux qui ont rempli les exigences de la loi. Donc, avec des raisons sérieuses, un irrégulier d'avant 1896 pourra se faire exempter de l'examen du brevet, mais il devra satisfaire le Bureau de ses connaissances scientifiques et subir avec succès l'examen professionnel s'il veut obtenir la licence de la province.

Ces résolutions ont été immédiatement mises en vigueur. Sur les 30 irréguliers exemptés du brevet par le comité des créances, 19 se sont présentés à l'examen professionnel, et 4 seulement ont été admis. Ce sont: MM. L. J. A. Gravel, R. A. Ross, J. Leslie Allan et Mlle Suzanne I. M. Hansford. Nous devons ajouter que c'est Mlle Hansford qui a conservé le plus grand nombre de points. Est-ce dû à la galanterie des membres du comité d'examen? Nous croyons que non, car ils ont bloqué sans pitié, avec la note médiocre, une autre "candidate." Notons aussi ce fait singulier: sur cinq candidats anglais, trois sont admis, alors que sur les quatorze candidats français, un seul conserve le nombre de points suffisants.

L'examen préliminaire régulier a eu lieu le 28 juin. Sur 25 candidats, trois

seulement ont été admis sur toutes les matières: MM. W. A. Lincoln, Léo A. Parizeau, Havelock Lippiot. Cinq ont été admis sur les lettres: MM. Isaac Vandandaigue, Léo Hurtubise, William Hand, H. Desmarais, A. Jimchereau. Trois ont été reçus sur les sciences: MM. Hugh Wotherspoon, J. D. McGillis, R. P. Bonnin.

LES LICENCES EN MEDECINE.

Le comité des Créances, pour mettre fin aux abus, a décidé d'appliquer avec rigueur les règlements du bureau. Tout candidat qui, à l'avenir, ne sera pas inscrit dans les dix jours réglementaires précédant l'assemblée du bureau, sera refusé par le comité. Afin que nul n'en ignore, les règlements seront affichés dans chaque université de la province de Québec, un mois avant l'assemblée semi-annuelle de juillet. Les bacheliers auront jusqu'au jour même de l'assemblée, pour s'inscrire et se faire assermenter par l'un des secrétaires.

Le révérend M. French a été nommé examinateur en remplacement de M. Howe.

A part les quatre candidats dont nous avons déjà cité les noms, le Bureau a de plus accordé la licence à trente-deux élèves diplômés. Ce sont: MM. les Drs J. W. Armstrong, J. A. Allard, Charles Bayard, J. A. Beaudoin, D. L. Crevier, J. E. Collin, A. M. Dérôme, H. Doyon, J. G. Dupont, A. de Marégnay, J. O. Drouin, C. E. Feilde, N. Fournier, F. Fontaine, Arthur Ferron, Alfred Ferron, E. Gareau, A. N. Gagnon, H. R. D. Gray, L. C. A. Gilday, E. Gilbert, A. E. F. Gaudreau, A. F. Huot, W. H. P. Hill, J. L. Lalonde, C. Leduc, J. H. Leblanc, J. O. Poitras, A. C. Pointeclin, A. Robert, W. G. Turner, A. W. Wilkins.

LES FINANCES DU COLLEGE.

Pour faciliter l'administration des finances du collège, le bureau a nommé un comité chargé d'étudier les rapports de l'auditeur et de fixer les mesures à prendre pour mettre en pratique les suggestions contenues dans ces rapports: ce comité se compose des docteurs Catellier, Boulet, Jobin et Simard.

Le bureau a remanié complètement, d'après les conseils de l'auditeur, M. Gonthier, la tenue des livres du Collège, et cette nouvelle tenue des livres a donné jusqu'ici la plus entière satisfaction. Le percepteur des revenus poursuit la collection des contributions annuelles, mais, chose étrange, il paraît que quelques-uns des médecins de la province refusent de payer cette contribution, et le président a reçu instruction du Bureau d'user des rigueurs de la loi envers les récalcitrants.

Fait important à noter, c'est qu'un bon nombre de médecins ont transmis au percepteur des reçus et des déclarations certifiées, affirmant avoir déjà payé au docteur Beausoleil ou à son agent les montants de contribution que le collège leur réclamait. Ces montants payés n'apparaissent pas dans les livres de l'ancienne administration, et atteignent jusqu'à présent la jolie somme de \$1283. Ceci confirme davantage le premier rapport de l'auditeur.

Il existe dans les délibérations du Bureau des Gouverneurs une résolution accordant au président du collège un bonus annuel de quatre cents piastres. Le docteur Lachapelle avait refusé cette allocation; mais il a dû revenir sur sa décision sur les instances de l'assemblée, unanime à affirmer que ce bonus n'est qu'une légère indemnité pour les devoirs qu'impose la présidence et que le président actuel ne saurait le refuser sans paraître imputer un blâme injustifié à ses prédécesseurs ou à ses successeurs.

Voici l'état financier du collège au 4 de juillet 1900:

RECETTES

Balance en caisse le 27 septembre 1899.	\$ 3,840 83
Honoraires des licences.....	\$ 2,160 00
Honoraires des examens préliminaires.....	1,530 00
Contributions annuelles.....	1,906 85
Divers emplacements.....	1 50
Amendes.....	150 00
Intérêts et dividendes.....	155 97
Divers.....	89 00
	<hr/>
	5,993 32
	<hr/>
Total.....	\$ 9,834 15

DEBOURSES.

Remises d'honoraires pour licence.....	\$ 100 00
Remises d'honoraires pour examen préliminaire.....	270 00
Salaire des officiers.....	525 00
Honoraires des assesseurs.....	110 00
Honoraires des examinateurs.....	335 00

ASSEMBLEE DU 27 SEPT. 1899:

Honoraires des gouverneurs.....	575 00
Frais d'hôtel et de transport.....	397 89
Comité de législation, et dépenses.....	384 30

FRAIS GENERAUX :

Salaire de l'agent du collège, M. S. Mondou, du 1er sept. 1899 au 1er juin 1900.....	749 97
M. G. Gonthier, balance pour l'audition des anciens livres du collège.....	590 00
Annonces.....	91 41

IMPRESSIONS:

Rapport de l'Assemblée de septembre.....	99 26
100 enregistrements.....	37 50
Projet de loi électorale.....	25 00
Diverses impressions.....	83 35
Frais judiciaires.....	211 63
Divers: - Estampilles, voiture, papeterie, service de messagers, traduction du rapport de l'assemblée, frais de voyage de l'auditeur.....	208 31
G. Gonthier: - Tableaux des recettes et déboursés ainsi que des assistances aux assemblées depuis 1889 à 1898.....	60 00

Total..... \$ 4,853 62

Total des recettes... ..	9,834 15
Total des déboursés.. ..	4,853 62
	<hr/>
Balance en caisse.. ..	\$ 4,980 53

Plus cinq actions de la "Bank of Montreal".

ALBERT JOBIN,

Trésorier du Collège de M. C. P. Q.

Montréal, 4 juillet 1900.

Nos lecteurs apprendront avec plaisir que le registraire a fait préparer un nouveau registre médical. Ce registre contient dans une première partie la liste des officiers et des membres de tous les bureaux qui se sont succédés depuis 1847. Dans la seconde partie, on trouve successivement une liste alphabétique séparée des médecins canadiens-français et des médecins canadiens-anglais de la cité de Montréal et de la banlieue, du district de Montréal, de la cité de Québec, du district de Québec, de la cité et du district des Trois-Rivières, du district de Saint-François. Ce registre n'est pas encore parfait, mais il est supérieur au précédent. On peut s'en procurer une copie sur demande en s'adressant au registraire, 159, rue Saint-Denis.

QUESTIONS D'INTERETS PROFESSIONNELS.

L'avocat du collège ayant expliqué dans son rapport que le Bureau ne pourrait établir un Conseil de Discipline qu'en autant qu'il aura défini ce qu'il considère comme dérogoire à l'honneur professionnel, le Bureau a nommé à cet effet un comité composé de l'hon. Dr. Fiset et de MM. Quirk, Fortier, Boulet, Sirois et Panneton. Ce comité fera rapport à la prochaine assemblée.

Au sujet des déficits constatés dans les livres de certains officiers de l'ancienne administration, le Bureau a résolu de s'en tenir aux privilèges qui lui confère la loi du pays.

Le projet de loi du docteur Roddick, au sujet de la licence interprovinciale, a été laissé à l'étude jusqu'en septembre prochain. Il en est de même du projet de tarif médical proposé par le docteur Chevalier.

Le docteur Cléroux a présenté, au nom du comité nommé à cet effet, un projet de modification du curriculum médical. Ce projet a surtout pour but de diminuer considérablement le nombre des leçons théoriques, et d'exiger par contre beaucoup plus de leçons pratiques dans les hôpitaux et les laboratoires. Le docteur Simard de son côté a présenté des amendements. Le tout est laissé à l'étude.

E. P. BENOIT.

ANALYSES

MEDECINE

Polyurie hystérique. — MM. STOUPEX et BEAUDOIN (*Archives de marine militaire*).

Les auteurs rapportent une observation de polyurie hystérique. Il s'agit d'un jeune soldat qui passait jusqu'à 32 litres (pintes) d'urine par jour. Trouseau avait déjà observé les chiffres de 37 et 43 litres. Ce malade qui buvait en conséquence faisait remonter cette polyurie et cette polydypsie à une fièvre typhoïde remontant à deux années auparavant.

De la tuberculose chez les garde-malades. — (DEVOTO DE PAVIE, *British Medical Journal*, 19 mai 1900).

L'auteur rapporte au Congrès de Naples ses recherches sur la contagion de la tuberculose à l'hôpital civil de Gènes. La mortalité chez les hommes garde-malades a été de 20 p. cent. Dans un autre hôpital où les malades tuberculeux ne sont pas reçus la mortalité par tuberculose chez les hommes garde-malades est pratiquement nulle. Le rapporteur insista au cours de sa communication sur les moyens de prophylaxie à prendre dans les hôpitaux qui reçoivent des tuberculeux, afin d'épargner le plus grand nombre possible de garde-malades. Ceux-ci ne devraient pas dormir ni prendre leurs repas dans la salle des malades ou dans un voisinage trop près. On devrait leur enseigner la manière de se désinfecter rigoureusement. Ils devraient être examinés de temps à autre et au besoin être envoyés en repos à la campagne. Dans les hôpitaux où les tuberculeux sont mêlés aux autres malades le garde-malade qui est chargé du soin des lits, des crachoirs, etc., ne devrait pas administrer les médicaments ni donner les repas aux malades.

Sur l'examen du sang dans le cancer de l'estomac. — (W. OSLER et TH. MCCREA, *New York Medical Journal*, 19 mai 1900).

Les auteurs rapportent plusieurs observations de cancer de l'estomac avec une analyse très détaillée du sang dans chaque cas. Ils enseignent 1° que dans un cas douteux on pensera plutôt à une anémie pernicieuse si le chiffre des hématies est au-dessous de 1,000,000. 2° Bien que l'on trouve des globules rouges nucléés dans l'anémie pernicieuse, il est rare de rencontrer les mégalo blasts dans le cancer d'estomac. 3° Ni l'augmentation en nombre des leucocytes ni leurs formes variées ne peuvent aider au diagnostic du cancer de l'estomac. 4° La leucocytose digestive présente ou absente ne peut pas non plus servir au diagnostic.

Tuberculose et mariage. — (Reproduit du *British Medical Journal*, 19 mai 1900).

Massalongo, de Vérone, dans une communication au congrès de Naples arrive aux conclusions suivantes: 1° La tuberculose héréditaire est très rare. Ce qui est héréditaire c'est plutôt la prédisposition à la tuberculose. 2° Bien que la tuberculose soit propagée surtout par la contagion, il n'y a que les prédisposés qui la contractent parmi ceux qui sont en contact de malades tuberculeux. Ces prédisposés descendent généralement de tuberculeux. 3° L'état devrait enfin, s'opposer aux désastreux effets des mariages entre personnes à tare tuberculeuse, et l'auteur ajoute que l'Eglise devrait se joindre à l'Etat et relever les "fidèles" de l'obligation du "crescite et multiplicamini". 4° Il est bon de vulgariser les moyens de propagation de la tuberculose, et d'enseigner les moyens d'éviter la contagion mais il faut que le peuple connaisse en plus le danger des unions entre tuberculeux avérés ou de personnes de souche tuberculeuse; et la nécessité pour les prédisposés de ne se marier qu'après un certain âge. Il est bon de faire comprendre que le tuberculeux ne doit pas se marier à moins d'être complètement guéri. L'auteur va jusqu'au point de désirer que ces unions entre tuberculeux ou prédisposés restent stériles et conseille même d'empêcher la conception.

Cause et traitement des érysipèles de la face. — (Dr GAUTHIER, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie*).

L'érysipèle à répétition se produit chez des sujets dont le pharynx est plus ou moins altéré et peut conserver longtemps le streptocoque qui, à un moment donné, sous une influence très variable, peut redevenir virulent et prendre une marche extensive. D'où l'indication, pour le traiter, de soigner, soit par de simples lavages antiseptiques. Les nouveaux faits recueillis par M. Gauthier montrent que ces érysipèles à répétitions surviennent en général chez des sujets atteints de tumeurs adénoïdes, ou simplement parfois d'angines chroniques ou de catarrhe nasal, toutes conditions éminemment favorables à la pullulation microbienne. Par conséquent, en présence d'érysipèles de la face à répétition, il faudra examiner avec soin les fosses nasales et le pharynx nasal; traiter les lésions qui se présentent à l'examen, et toutes les fois qu'il existe des végétations adénoïdes ou seulement des granulations simples dans le cavum, les supprimer. On pourrait même, quand le malade s'y prête, commencer par là en procédant avec toutes les précautions nécessaires en pareille circonstance.

J. E. DRÉ.

Les amygdales, porte d'entrée de la tuberculose.

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* fait mention d'une thèse de Lermoyez, à Paris, sur ce sujet.

Le professeur Dieulafoy en 1895 démontra que la fréquence de la tuberculose de l'amygdale — tuberculose larvée — était de 15 p. 100. Ces chiffres furent contestés, mais il semble que le danger soit réel pour les héréditaires.

Lermoyez, affirme en effet, que l'hypertrophie des amygdales se rencontre fré-

quement chez les sujets issus de tuberculeux. Ils sont plus sujets que d'autres aux amygdalites.

D'autre part la médecine expérimentale prouve qu'il est facile de provoquer une tuberculose primitive du pharynx chez les animaux. L'infection s'étend rapidement aux ganglions cervicaux et peut même se généraliser. Il en est de même chez les héréditaires; une amygdalite, simple en apparence, guérit mal ou même se généralise rapidement. Il importe donc de surveiller attentivement les amygdaliens issus de tuberculeux.

Une promiscuité douteuse peut entraîner des désordres fâcheux sur lesquels il est inutile d'insister ici.

Lermoyez rapporte l'exemple d'un jeune homme, amygdalien, issu de tuberculeux qui voulut étudier la médecine malgré l'avis de son médecin et de sa famille. Une poussée d'amygdalite prise à l'hôpital fut suivie d'une généralisation pulmonaire qui évolua vers la mort en 18 mois.

Le pronostic éloigné des pleurésies séro-fébrineuses. — (Dr SALANQUE-IPIN, dans les *Archives de Médecine navale*, avril 1900).

Dans un travail bien fait, l'auteur cherche à établir, d'une façon aussi précise que possible, quelle est la proportion de sujets qui meurent tuberculeux à la suite d'une pleurésie sero-fibrineuse et de ceux qui, après la disparition de l'épanchement, parcourent au contraire une existence normale avec les attributs d'un bonne santé.

Landouzy a dit quelque part que "toute pleurésie qui n'a pas fait sa preuve est d'origine tuberculeuse." On écartait ainsi la pleurésie "a. frigore." Des observations nombreuses ont prouvé, en partie seulement, une assertion aussi catégorique. D'autre part, des observateurs consciencieux ont affirmé également avec preuves expérimentales que la tuberculose par inoculation intra-péritonéale de sérosité pleurétique dans le péritoine des cobayes donnait une mortalité de 40 p. 100. Des auteurs allemands donnèrent une proportion de 87 p. 100; enfin un auteur français et pessimiste est allé jusqu'à 100 p. 100 chez l'homme. Ces résultats paraissent exagérés, et malgré tout, on admet que le froid puisse agir comme cause occasionnelle, et des auteurs compétents ont observé des pleurésies dites "à frigore" dont l'évolution s'est terminée par la guérison complète et définitive.

La même observation a été faite par U. Trabot sur les animaux, les moutons, par exemple, récemment tondus et laissés dehors pendant une nuit très froide. Les résultats bactériologiques ont toujours été négatifs quant au bacille de Koch. Or, si la pleurésie primitive existe chez les animaux, pourquoi n'existerait-elle pas chez l'homme ?...

Dieulafoy, Netter et d'autres sont de cet avis, mais ce serait dans le plus petit nombre de cas. Les observations de l'auteur portent exclusivement sur une classe d'individus placés dans les mêmes conditions: les équipages de la flotte, laissant de côté les soldats de l'armée de mer, les ouvriers de l'arsenal, les employés divers de la marine. La statistique porte sur un total de 352 cas de pleurésies séro-fibrineuses primitives.

Sur ce nombre, 32 sont morts à l'hôpital dans le cours de la maladie, 320 sont retournés à leur emploi antérieur.

Sur ce nombre de 320, 131 sont morts, 189 sont encore vivants. Parmi les 131

décédés nous relevons comme suit les causes de mort: 84 ont succombé à la tuberculose (pulmonaire, osseuse, abdominale), 19 de causes inconnues qui sont imputables à la tuberculose; 15 sont disparus en mer; ils sont rangés dans la colonne des tuberculeux. Enfin, 13 ont succombé à d'autres maladies: soit, en faisant la part large, un total de 118 cas d'infection bacillaire consécutive à une pleurésie, donnant une proportion de 36.87 décès p. 100 par tuberculose.

Quant à la date du décès, la première année comporte 33 morts sur 118 cas. De la deuxième à la dixième année, les chiffres varient de 10 à 9 par an. Enfin, après vingt ans, le bacille de Koch a terminé son œuvre.

Quelle est la fréquence et la gravité des côtés atteints?...

Sur 352 cas observés, il y a eu 198 cas de pleurésie à gauche; le pronostic est le même pour les deux côtés; les trois cas de pleurésie double ont été mortels.

Quelle est l'époque de l'année où les pleurésies sont les plus fréquentes?

D'après cette statistique de 352 cas, il appert que 75 cas sont arrivés en mars, 50 cas en avril, 35 cas en mai. Les mois d'été sont plus éléments, soit un total de 115 cas en deux mois; il est donc inutile de discuter l'influence saisonnière. Les conclusions peuvent se résumer comme suit:

1° La pleurésie séro-fibreuse primitive en apparence a été dans un tiers des cas environ d'origine tuberculeuse.

2° Les pleurésies doubles sont fatales.

3° La pleurésie gauche est plus fréquente que la droite, mais le pronostic est sensiblement le même dans les deux cas.

4° La fréquence se montre surtout au printemps durant les mois de mars, avril et mai.

5° La pleurésie "a frigore" peut garder sa place dans le cadre nosologique dans les conditions que la microbiologie nous a apprises à connaître.

Que faut-il penser des Senatoria?

La *Gazette des Hôpitaux* (29 mai 1900) donne un aperçu général sur une des questions les plus importantes du jour. Nous résumons en peu de mots les avantages et les inconvénients des senatoria dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

I. Les avantages, suivant M. Ausset—Congrès de Naples—consistent 1° dans la cure d'air libre indispensable à tous les tuberculeux. Il est inutile, en effet de démontrer la supériorité des senatoria sur la chambre privée du malade à qui il est quelquefois difficile de faire comprendre qu'une fenêtre doit toujours rester ouverte, nuit et jour, quel que temps qu'il fasse.

2° Dans la cure du repos, non moins importante que la précédente. En effet, la vie ordinaire impose des fatigues physiques et morales qui produisent des poussées congestives, des accès de fièvre, des indigestions, etc., autant d'assauts qui épuisent les forces du malade et compromettent sa guérison lorsqu'elle est possible. Il n'est pas question, ici d'un repos absolu, mais plutôt d'un exercice modéré exempt de toute fatigue. Une marche de 4 à 5 heures par jour est condamnable. Or, il faut la discipline du sératorium pour guider les malades à leur profit.

3° Dans la cure d'alimentation. Les malades la rendent difficile à cause des indications erronées qu'ils nous donnent de leur appétit. Knopf dit que le pouvoir digestif d'un phthisique est beaucoup plus grand que son appétit ne le ferait

croire. Il est nécessaire de surveiller étroitement et la quantité et la qualité des aliments que l'on donne à chaque malade, l'heure propice pour les faire ingérer. Ces règles importantes faciles d'application dans les sénatoria sont souvent superflues à domicile.

4° Dans les résultats obtenus. Ils sont de deux sortes. D'une part les règles sévères qui sont d'observation rigoureuse entraînent rapidement une amélioration encourageante pour le moral du tuberculeux. La fièvre, les sueurs nocturnes, les troubles gastro-intestinaux s'atténuent ou disparaissent; l'augmentation du poids se fait sentir, en un mot la nutrition est meilleure. D'autre part, les prescriptions hygiéniques internes habituent le tuberculeux à des soins particuliers qu'il impose à son entourage lorsqu'il retourne chez lui.

II. Les inconvénients ont été énumérés par les auteurs qui ne se sont pas encore ralliés à cette méthode.

1° Suivant eux le sénatorium constituerait un centre d'infection pour les malades eux-mêmes, pour les infirmiers et le voisinage. Ces avancés ne sont pas prouvés, au contraire, aucune observation sérieuse n'a été faite dans ce sens. A Falkenstein aucune infection n'a été relevée parmi les 225 personnes qui y ont séjourné pour tenir compagnie au malade. Une seule infirmière — héréditaire — y a fait une tuberculose contractée avant son entrée.

Quant aux craintes d'infection du voisinage. Goebersdorf et Falkenstein hébergent des milliers de tuberculeux depuis 40 ans et la mortalité du village est tombée de 18 à 11 p. 100.

2° L'oisiveté, paraît-il, serait un danger!... la vie en commun, les liaisons... que sais-je... laissons les moralistes imaginer des fantômes!...

3° La statistique des sénatoria est faussée. Certains sénatoria admettent des malades trop avancés, d'autres ne les admettent qu'à la période première; quelques-uns acceptent trop facilement l'idée de guérison, etc.; autant de faits qui viennent grossir ou diminuer injustement la liste des morts ou des guérisons.

Il importe de se garder de toute exagération. Les sénatoria sont certainement supérieurs à tous. "La nature si spéciale des soins qui y sont donnés, la réunion, en eux, de tous les éléments de guérison en imposent l'emploi à tous les tuberculeux, pauvres ou riches, et font des sénatoria une nécessité sociale dont devra bientôt se préoccuper le législateur."

Le rein mobile. — Prof. POTAIN, *Journal de Médecine interne*, 1900.

Il existe deux sortes d'ectopie rénale: l'ectopie congénitale et l'ectopie acquise.

I. Congénitale:— Il peut y avoir ectopie d'un seul ou des deux reins: dans ce dernier cas, les deux organes sont quelquefois réunis au-devant de la colonne vertébrale en forme de fer à cheval. Aucun symptôme ne l'indique et c'est, le plus souvent, une trouvaille d'autopsie. Le rein peut aussi se loger dans une hernie ou encore dans le petit bassin; dans ce cas ses vaisseaux, artères et veines, communiquent avec l'extrémité inférieure des troncs principaux — aorte abdominale, veine cave, quelquefois même avec les artères et veines iliaques — dans cette variété, le pédicule vasculaire ne subit aucun allongement.

II. Acquise:— Il faut distinguer ici deux variétés; 1° le rein flottant, 2° le rein mobile.

1° Rein flottant. — Plusieurs auteurs regardent comme congénitale cette variété d'ectopie. La mobilité est excessive dans tous les sens.

III. Rein mobile : — La plus connue et la plus répandue. Après avoir donné avec précision la position du rein, l'auteur donne les moyens de fixité de cet organe.

Moyens de fixité: — Le rein est tenu en place par une lame fibreuse, le fascia propria, qui se dédouble en deux feuillets — antérieur et postérieur — sur le bord externe du rein pour l'envelopper entièrement; ils se réunissent sur le bord interne pour former une lame unique qui gagne l'aorte et la veine cave.

La fréquence est de 1 p. 100, d'après l'expérience personnelle de l'auteur.

L'étiologie invoque des causes multiples. Une tumeur du rein provoque une ectopie accidentelle; elle n'entre pas comme cause réelle. La congestion rénale peut quelquefois induire en erreur. La capsule fibreuse permet au rein de se distendre, ce phénomène est fréquent chez les femmes à l'époque des règles, mais il ne faut pas s'empresse de penser à une ectopie. Des gonflements successifs peuvent amener, cependant un déplacement. Les chutes, les traumatismes, les efforts considérables — toux, vomissements — agissent dans le même sens chez quelques personnes.

Le corset bien fait n'a pas d'inconvénients; les cordons du jupon sont inériminés à tort parce qu'ils reposent sur les crêtes iliaques, au-dessous du rein.

Les talons hauts n'ont aucune influence. Les grossesses répétées ne peuvent être inériminées attendu que les déplacements sont aussi fréquents chez les multipares. L'enteroptose accompagne l'ectopie rénale mais ne l'amène pas.

L'émaciation, en faisant disparaître l'élément adipeux de la capsule fibreuse, est une cause de mobilité. La cause réelle réside ailleurs.

D'abord, comment explore-t-on le rein ?...

1° Percussion: le malade étant sur le ventre, on remarque, à l'inspection, une différence entre la région lombaire correspondante au rein normal et l'autre. Celle-ci, que le rein devrait occuper est moins pleine, plus dépressible. Si on la percuté, un son tympanique a remplacé la matité normale. Exception est faite pour les cas où l'intestin est rempli de matières fécales. La percussion est bonne dans le déplacement total: elle est difficile chez les obèses.

2° Palpation: — Elle donne les meilleurs résultats. La palpation bi-manuelle de Guyon a des avantages sur celle de Glénard. Le malade est dans le décubitus dorsal, les jambes allongées et légèrement écartées; il respire la bouche ouverte; ni coussins, ni oreillers. Examinons le rein droit. On glisse la main gauche sous la région lombaire, le médius dans l'angle costo-vertébral, la paume en avant. On recommande au malade de se laisser retomber bien exactement sur le lit. On place la main droite parallèlement au muscle droit, immédiatement au-dessous des cartilages costaux.

Si la sensibilité est augmentée, une pression de la main gauche provoquera de la douleur. On continue l'examen par une série de petites pressions brusques et saccadées tandis que la main abdominale déprime la paroi doucement en profitant des mouvements d'expiration. A un moment donné elle arrive à subir le choc du rein projeté par la main postérieure. C'est là le ballotement rénal: il ne faut pas déprimer fortement la paroi abdominale.

Ce procédé a permis de constater deux modes de déplacement du rein mobile. 1° déplacement en bas: le rein décolle la partie inférieure des deux feuillets du fascia propria, glisse de haut en bas le long de la paroi, arrive dans la fosse iliaque et atteint quelquefois le détroit supérieur. 2° déplacement en haut: le

rein décolle les deux feuillets supérieurs, glisse d'arrière en avant le long de la face antérieure du foie et vient se mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure. C'est un rein en antéversion. La palpation nous fait percevoir le rein fuyant sous la main en décrivant un arc de cercle.

Le mode de déplacement le plus fréquent est le glissement de haut en bas.

A chacun des deux modes de déplacement répond une cause spéciale:

1° Le déplacement en bas s'explique par l'affaiblissement de la capsule fibreuse dans son extrémité inférieure. Les inflammations répétées du gros intestin qu'on retrouve chez tous ces malades sont la cause du relâchement et des lésions de tissu conjonctif environnant.

2° Le déplacement en haut s'explique par l'affaiblissement de la capsule fibreuse dans son extrémité supérieure. Les inflammations répétées des voies biliaires — angiocholites, coliques hépatiques, cholecystites — qu'on retrouve chez tous ces malades, attaquent le fascia propria, le lèsent et permettent au rein de s'échapper.

Ces données — déplacement par glissement à la suite de colites aiguës ou chroniques, et déplacement par antéversion à la suite de lésions hépatiques — permettent de comprendre pourquoi le rein droit — qui seul est en contact immédiat avec le foie et l'intestin — est plus souvent lésé que le gauche, et pourquoi la femme — plus sujette que l'homme à la lithiase biliaire et à la colite chronique — est plus souvent atteinte de cette affection.

Les désordres ne sont pas définis très nettement: pesanteur, tiraillements, douleurs quelquefois très vives chez la femme à l'époque cataméniale.

Les complications résident surtout dans l'hydronéphrose par rotation du rein sur son axe et par l'oblitération de l'uretère qui en résulte.

Le diagnostic différentiel avec la colique néphrétique se fait à l'aide de l'irradiation de la douleur vers les organes génitaux: elle est fréquente dans la colique, rare dans le rein mobile; la douleur est passagère dans la première, persistante dans la seconde; les urines sont normales dans le rein mobile, bourbeuses dans la colique ou même supprimées.

Le rein mobile fait aussi penser à une tumeur du foie, de la vésicule biliaire, de l'ovaire, etc. Le traitement est chirurgical. La néphrectomie n'est pas recommandable, la néphopexie — procédé de Guyon-Tuffier — est préférable à tout autre en permettant au rein de contracter avec les tissus environnants des adhérences solides.

J. A. LESAGE.

CHIRURGIE.

Discussion à la Société de Chirurgie de Paris. (1) — De l'asepsie opératoire, (2) —
par M. QUENU, *Bulletin de la Société*, 1^{er} mai 1900, page 449.

Après avoir communiqué l'an dernier, une étude sur l'asepsie opératoire appuyée sur une statistique de deux ans, statistique n'intéressant que son service

(1) L'analyse de cette discussion, qui se fait présentement à la Société de Chirurgie, sera poursuivie dans les numéros suivants du journal.

(2) Nous comprenons sous le nom d'asepsie opératoire, une méthode dans laquelle les antiseptiques sont bannis du traitement de la plaie. Lorsqu'on oppose l'asepsie à l'antisepsie, cela veut dire qu'on s'efforce soigneusement de mettre en présence des éléments anatomiques mis à nu, des substances quelconques destinées à nuire aux microbes, mais plus nuisibles en réalité aux cellules vivantes. Il est

installé suivant les desiderata de la clinique moderne, il insiste spécialement sur deux points:

1° La difficulté d'obtenir l'asepsie des téguments à opérer; 2° La difficulté bien plus grande encore, devient insurmontable pour le chirurgien de conserver ses mains stérilisables ainsi que celles de ses aides.

Je viens de nouveau porter cette question devant la société, estimant que la discussion n'a pas eu l'ampleur que mérite son importance; je ne demande qu'une chose, c'est que mes contradicteurs, renonçant pendant une certaine période à toute souillure digitale, fassent eux-mêmes la comparaison de leurs résultats obtenus pendant cette période avec ceux de leur pratique habituelle. Quoiqu'on en ait dit, les nécessités intimes de l'existence du chirurgien doivent s'effacer et plier devant le devoir de réaliser ce qui paraît être le mieux.

Sans doute, comme l'a dit mon collègue Tuffier, il convient de distinguer l'asepsie de laboratoire de l'asepsie chirurgicale, mais il faut les rapprocher et les confondre dans la mesure du possible. C'est le laboratoire qui nous a appris que les spores des microbes résistent à une température de 110°, c'est lui qui nous a montré que des mains en contact avec une culture des microbes de Nicolaïer sont instérilisables pendant plusieurs jours et demeurent capables d'inoculer le tétanos à une plaie. Ce qui a été expérimentalement et cliniquement démontré pour le tétanos est admissible pour tous les microbes à spores.

Ce n'est pas avec quelques faits isolés qu'on peut scientifiquement établir une conviction; il ne faut pas dire: j'ai quatre ou cinq ou vingt fois fait de la chirurgie sale et de suite après opéré avec succès. Le moindre désastre, fut-il unique, suffit à renverser les faits négatifs et à procurer que simplement vous aviez été servi par la chance dans une manœuvre hasardée: c'est avec un grand nombre de faits, c'est avec de nombreuses statistiques que la démonstration clinique doit s'emparer à la suite de la démonstration de laboratoire déjà faite "et qui n'admet plus de réplique."

Je prévois l'objection, celle du proverbe irlandais: "qu'il y a plusieurs façons de mentir et que la première est de faire une statistique."

Chaque nationalité peut avoir sa "bonne foi, à sa manière." Aussi convient-il de ne pas accorder aux chiffres bruts une importance absolue; ce n'est pas seulement le tant pour cent de mortalité opératoire qui peut nous éclairer, c'est l'analyse de cette mortalité et la division nécessaire dans la statistique, en opérations chez des injectés et en opérations chez des aseptiques. Avant de donner la statistique intégrale de mon service, je reviens sur quelques points que j'avais touchés l'an dernier.

La préparation des téguments du malade à opérer ne peut être obtenue qu'en multipliant les nettoyages préparatoires.

Un Américain, M. Tenis, d'après ses recherches bactériologiques avait été amené à un résultat peu encourageant, à savoir qu'on ne peut stériliser complètement la peau à l'état vivant, mais néanmoins il a reconnu que le degré de stérilisation de la couche épidermique était en raison directe du nombre de net-

done faux de dire que les partisans de l'asepsie font de l'antiseptie sans le savoir; ils font de l'antiseptie sur leurs propres téguments, leurs mains et sur la peau du malade, comme ils font de l'antiseptie sur les compresses et sur les instruments en les stérilisant par la chaleur, mais ils cessent d'en faire sur le malade à partir du moment où la peau est incisée, et c'est là ce qui sépare véritablement les chirurgiens aseptiques de ceux qui s'attardent encore à toucher les surfaces saignantes, sous prétexte de désinfection ou de préservation avec du sublimé ou tout autre antiseptique, ou encore de ceux qui recouvrent leurs lignes de sutures de gazes médicamenteuses. Il va sans dire que l'antiseptie est de rigueur absolue dans les services insuffisamment organisés.

toyages auxquels on l'a soumise. Il ne suffit donc pas d'un bain la veille et le matin, d'un brossage suivi de tous les ingrédients chimiques possibles, il faut multiplier les bains dans les jours qui précèdent l'opération. J'ai pour habitude de ne pratiquer une laparatomie que si la future opérée s'est soumise à cinq ou six baignades avec savonnage; le dernier bain doit être précédé d'une toilette complète avec savon, alcool à éther et suivi d'un pansement humide. A ce sujet qu'on me passe une remarque. Il est véritablement singulier qu'une chambre de bains ne soit pas spécialement affectée et réservée aux malades qui doivent subir une opération aseptique: c'est aux baignoires communes qu'on les envoie, c'est-à-dire aux baignoires où viennent se nettoyer les malades les plus sordides et les plus infectés; le chirurgien se lave les mains avec de l'eau bouillie et filtrée, mais le malade est plongé dans de l'eau sale.

Autre point: je pense que les poils doivent être rasés plusieurs jours avant non sur la table d'opération, quitte à renouveler le rasage. J'arrive à la seconde question, la stérilisation des mains du chirurgien: je laisse de côté les études bactériologiques et l'éclatante lumière qu'elles ont jetée sur l'interprétation de nos résultats pour ne m'attacher qu'au côté pratique.

Notre vie chirurgicale serait fort troublée, si nous devions, dans les deux jours qui précèdent une grande opération, renoncer, je ne dis pas seulement à ouvrir des abcès, mais encore à pratiquer toute exploration septique buccale, vaginale ou rectale. Et cependant là est le mérite; mais le perfectionnement des gants en caoutchouc qui émoussent à peine les sensations tactiles nous permet aujourd'hui de simplifier toute notre pratique et notre existence même. Faut-il, comme on l'a dit, limiter l'emploi de ces gants aux besognes sales. En général ce sera leur principal usage; je m'en sers non seulement pour les opérations septiques, mais pour les pansements, pour les explorations rectales, pour les dissections ou les recherches de médecine opératoire. Mais il est des cas où le gant est gênant: les opérations sur les os, les débridements sur le doigt, etc. On sera donc très heureux si le lendemain on doit opérer aseptiquement d'avoir recours à la protection des gants de caoutchouc. Au début l'habileté est moindre mais l'habitude nous met vite en état de pratiquer la plupart des opérations abdominales.

Quelques mots en terminant sur l'emploi des fils et sur le drainage.

Je me sers de fils de lin; je préfère le fils d'Alsace aux crins de Florence, pour les sutures cutanées; les fils souples agacent moins la sensibilité des malades que les fils rigides. Dans tous les cas où je regarde comme possible et probable une injection de la plaie opératoire, spécialement dans les sutures des muqueuses, je me rallie à l'usage du catgut stérilisé à l'autoclave dans l'alcool absolu.

La siccité des plaies à réunir me paraît encore une condition importante des succès: il est deux moyens de l'assurer, d'une part par le drainage et d'autre part par la suppression des surfaces qui pourraient suinter ultérieurement, après une hémostase minutieuse. Il faut renoncer à la prise en masse des tissus, avec ces grandes aiguilles à pédicules et ces cables de soie tressée plate. Les tissus étranglés en masse se mortifient et sont d'avance désignés pour l'infection.

Voici mes résultats d'une année: ils comprennent les opérations faites par moi et mes internes.

Statistiques des opérations faites en 1899.

Ont été omises les simples incisions d'abcès et de phlegmons, dilatations, etc. Dans cette statistique globale, qui comprend entre autres opérations:

- 1 gastrostomie.
- 2 interventions pour perforations d'ulcère rond de l'estomac;
- 2 anastomoses iléo-sigmoïdes;
- 3 oclusions intestinales;
- 9 Opérations pour appendicites dont 3 aiguës;
- 6 Amputations du rectum dont une par voie abdominale;
- 3 Fermetures d'anus iliaque;
- 64 opérations pour hernies dont dix étranglées;
- 6 opérations pour kystes hydatiques du foie.
- 2 choledocotomies.
- 1 cholecystectomie.
- 7 laparatomies pour péritonites aiguës ou chroniques;
- 2 laparatomies pour plaie ou contusions abdominales;
- 1 néphrostomie pour anémie complète;
- 1 splancatomie pour neoplasme de la rate.
- 1 néphrectomie;
- 1 extirpation de tumeur thoracique;
- 8 amputations de seins ;
- 4 amputations de membres dont une de hanche;
- 3 arthrotomies du genou;
- 1 resection du maxillaire supérieur;
- 17 ovariectomies pour salpingites ou kystes de l'ovaire;
- 17 hystérectomies supra-vaginales pour lésions inflammatoires;
- 1 hystérectomie vaginale pour cancer;
- 24 hystérectomies abdominales pour fibrômes.

Dans cette statistique, dis-je, qui porte sur 321 opérations, nous relevons 14 morts, soit exactement un pourcentage de 4,35 si on analyse les 14 cas mortels, on trouve:

3 oclusions intestinales venues du dehors et opérées en pleine péritonite.

1 péritonite par perforation d'un ulcère rond de l'estomac opérée dix-huit heures après la perforation.

1 péritonite suppurée généralisée consécutive à une perforation de l'appendice; l'enfant fut opéré mourant sur les instances des parents.

1 néphrostomie opérée d'urgence par un de mes internes pour une anémie calculeuse datant de plusieurs jours;

1 pleurésie purulente, opérée d'urgence et in extrémis par un de mes internes.

1 hernie étranglée chez un tuberculeux à la 3e période;

1 trépanation d'ostéomyélite aiguë du tibia chez un enfant présentant des symptômes typhoïdiques;

1 cure radicale de hernie inguinale; il s'agissait d'une malade âgée de 31 ans et cardiaque; elle fut opérée le 14 avril; le 21 les fils furent enlevés et la réunion parfaite. La malade présentait des symptômes d'une pneumonie grippale à laquelle elle succomba le 23 avril.

1 extirpation d'un chondrome thoracique: broncho-pneumonie double ultérieure, opération le 13 décembre, mort le 25;

1 opération pour récurrence de cancer dans le creux de l'aisselle, chez une femme de 66 ans, très cachectique;

1 opération de salpingite suppurée. Anémie absolue et l'autopsie démontra l'existence de 2 gros seins blancs.

1 opération pour kyste de l'ovaire infecté avec péritonite.

Il est juste de reconnaître que 9 de ces morts sont survenues chez des malades opérées d'urgence pour des cas désespérés et la plupart pour des injections généralisées.

La défalcation des cas d'urgence, réduirait le nombre des morts à 5, ce qui ferait une mortalité de 1-5 p. 100.

J'insiste sur ce point, c'est qu'aucune de ces 5 morts n'est imputable à une infection opératoire ou post-opératoire.

Il ne suffit pas d'autre part, pour établir le bilan d'un service, de calculer le pourcentage des morts; il importe encore de voir comment guérissent les opérés.

J'ai nettement constaté et fait observer à mon entourage la disparition après les laparatomies de ces malaises, de ces poussées de température passagères (qu'on ne peut vérifier que si la température est prise plusieurs fois dans la journée) qu'il était habituel autrefois d'observer.

Le véritable critérium du niveau aseptique d'un service est la tolérance des tissus pour les fils. Il m'a été facile de relever les petites injections tardives.

Or, sur 63 opérés de hernies, un seul a dû quitter la salle des aseptiques; il s'agissait d'un malade peu soigneux qu'il nous fut impossible d'empêcher d'uriner dans son pansement.

Dans nos suites de laparatomies, nous relevons: l'inoculation secondaire et tardive, chez une opérée de péritonite tuberculeuse; les fistules à la suite de laparatomie ont été au nombre de 8 dans des cas de salpingites suppurées avec drainage; elles furent de courte durée.

M. Rochard.—Que pense M. Queau de la fréquentation des amphithéâtres pour les chirurgiens ?

M. Quenu.—Il ne faut en rien comparer le contact d'un cadavre bien injecté avec le contact d'une plaie septique ou d'un abcès: néanmoins, j'estime que lorsqu'un chirurgien se livre à une dissection ou à des recherches de médecine opératoire, il est plus prudent, s'il doit le lendemain pratiquer une opération, qu'il ne touche au cadavre qu'avec des mains protégées par des gants de caoutchouc.

M. Bazy.—Je rends hommage aux précautions et aux soins de propreté que prend M. Quenu. Mais je dirai qu'après une opération septique, on peut se laver les mains d'une façon suffisante pour pouvoir pratiquer peu après une opération aseptique.

M. Tuffier.—Le seul fait qui mérite discussion nouvelle à trait aux gants d'opération. Nous sommes fixés sur tout ce qui est aseptie du matériel instrumental et accessoire. Il ne reste donc que deux facteurs septiques et non stérilisables: la main du chirurgien et la peau du malade. C'est de ce côté qu'il faut se perfectionner, c'est de là que nous viennent encore nos très rares accidents. La main du chirurgien et des aides—c'est le champ de l'ennemi. J'opère systématiquement avec des gants. Je m'en sers 1° pour tous les foyers septiques, 2° pour tous les pansements septiques, 3° pour tous les touchers vaginaux, rectaux, pharyngés. Je considère un chirurgien qui fait le toucher rectal sans protection digitale non seulement comme un chirurgien septique, mais comme un homme sale.

M. Nélaton.—Je considère l'opinion de M. Bazy comme tout à fait dangereuse et j'appuie de toutes mes forces les paroles de M. Quenu.

M. Routier.—Sachant que théoriquement on ne peut pas rendre les mains aseptiques, je redouble de soins de propreté et c'est une des causes pour lesquelles

les, je ne me contente pas de faire de l'asepsie pure; j'emploie pour mes mains comme pour la peau de mes malades, le brossage énergique et prolongé au savon, suivi d'un lavage à l'éther, puis je frotte mes mains ou la région au permanganate de potasse, je décolore au bisulfite, enfin je donne un dernier coup avec l'alcool absolu. C'est encore là une des raisons qui m'ont fait conserver l'usage de la cuvette remplie de liqueur de Van Swieten dans laquelle je plonge souvent mes mains au cours des opérations; enfin j'opère vite.

M. Quenu.—Je suis stupéfait de la doctrine avancée par M. Bazy. Il proclame qu'il n'y a pas d'inconvénient à pratiquer une opération aseptique après une opération septique; il est de mon devoir de protester hautement. Les opinions de M. Bazy me paraissent des plus dangereuses; mais ici, ce qu'il nous faut, ce ne sont pas des opinions, ce sont des faits nombreux. Je dirai à M. Bazy: donnez-nous les statistiques intégrales de votre service et nous comparerons. M. Routier nous dit que l'on peut se stériliser les mains, mais les expériences ont surabondamment démontré que cette stérilisation de mains contaminées est impossible. Ce qu'il faut avant tout c'est d'éviter l'infection des mains.

M. Bazy.—Nous sommes tous d'avis qu'il faut être aussi aseptiques que possible et les faits que j'ai cités n'ont eu pour but que de prouver que le chirurgien peut nettoyer ses mains rouillées d'une façon suffisante pour pratiquer sans danger des opérations aseptiques. Je connais comme M. Quenu les expériences de laboratoires qu'il a citées, mais je soutiens qu'elles ne s'appliquent pas rigoureusement à la clinique.

Nous pouvons compter chez nos malades sur le rôle puissant de la phagocytose, et l'on peut bien dire que sans cette propriété de l'organisme, il y aurait vraiment à renoncer à la chirurgie.

M. Schwartz.—Cette discussion est très importante et je sais gré à M. Quenu de l'avoir soulevée. Je crois que sans avoir la prétention d'obtenir la stérilisation absolue de nos mains, nous pouvons arriver cependant à les nettoyer assez pour les rendre inoffensives. Moi aussi depuis deux ans, je me suis mis à l'emploi des gants de caoutchouc pour les opérations septiques.

M. Quenu.—J'assure M. Bazy que je tiens à combattre énergiquement la thèse qu'il a soutenue. Il nous a parlé de phagocytose: Cette propriété de l'organisme est suffisante pour triompher d'une virulence peu prononcée, celle des microbes de l'air, par exemple; mais elle est tout à fait impuissante contre les microbes virulents d'un foyer gangréneux ou des sécrétions putrides. Notre devoir est de demander à la nature le moins possible.

M. Bazy.—Je ne veux pas que l'on dise que j'ai soutenu une doctrine ou une thèse. J'ai apporté des faits prouvant qu'après s'être sali les mains on peut les nettoyer, voilà tout. Ma doctrine est celle de tout le monde: l'asepsie.

A. MARIEN.

OPHTALMOLOGIE

Conduite à tenir en présence des plaies du globe oculaire.

Le temps est passé où la crainte de l'ophtalmie sympathique faisait un devoir à l'ophtalmologiste de supprimer par l'énucléation tout œil ayant reçu un

traumatisme de quelque gravité. Combien de pauvres malades ont subi autrefois cette mutilation qui serait aujourd'hui considérée inutile grâce à nos connaissances plus précises de la nature de l'ophtalmie sympathique, grâce surtout à nos moyens de prévention. Quels sont ces moyens de prévention, quelle est la conduite à tenir alors que l'œil a été lésé, pour lui permettre de récupérer ses fonctions, sinon dans leur intégrité, au moins avec le minimum de trace possible de la lésion initiale ?

Tel est le sujet d'un excellent travail que M. le docteur Terrien, chef de la clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris, a fait paraître dans la *Presse Médicale*.

J'ai cru devoir intéresser la profession en général, en lui en présentant une analyse aussi complète que possible.

Tout d'abord, et avant d'aborder l'étude du traitement à suivre en pareille matière, il est nécessaire de bien délimiter le sujet.

Sous le nom de plaie du globe oculaire, nous entendons plaie pénétrante, c'est-à-dire une plaie ayant intéressé l'une des membranes de l'œil dans toute son épaisseur, sclérotique ou cornée ou même les trois enveloppes à la fois: sclérotique, choroïde et rétine. Pour les autres plaies non pénétrantes, érosions, éraillures de la cornée à la suite de corps étrangers de cette membrane, coupures superficielles, etc., l'occlusion de l'œil et les précautions antiseptiques suffisent pour prévenir l'infection et favoriser la cicatrisation.

Nous écartons aussi le cas où, à la suite d'une perforation du globe oculaire, un corps étranger, métallique ou non est resté dans son intérieur. Cet accident peut entraîner la perte de son congénère par sympathie si on n'intervient pas à temps et nécessite une thérapeutique spéciale.

Nous n'aurons en vue, dans ce chapitre, que les plaies pénétrantes du globe oculaire avec perforation de l'une des membranes ou de toutes les membranes de l'œil. Dans toutes ces plaies, qu'elle aient été produites par des instruments tranchants ou piquants, échardes de bois, éclats de verre, piqûres de plumes, le corps vulnérant a pu pénétrer jusque dans l'intérieur du globe oculaire et y déterminer des désordres plus ou moins graves, mais il n'y a pas demeuré: ce sont les seules que nous examinerons.

La conduite à tenir est différente suivant le point intéressé et plusieurs cas doivent être envisagés.

Plaies de la cornée.—La cornée peut avoir été touchée seule en un point ou dans toute son étendue. La plaie a pu intéresser en même temps le cristallin et une cataracte traumatique en sera la conséquence.

Pour être efficace l'intervention doit être très rapide.

La cornée seule est intéressée.—Si la blessure est centrale, sans ou avec un prolapsus érien léger, on instillera une goutte ou deux d'un collyre à l'atropine (1-2 pour cent) afin de dilater la pupille et de dégager le bord pupillaire enclavé. Mais l'emploi du mydriatique sera attentivement surveillé, car il élève, on le sait, la tension oculaire.

La blessure est-elle périphérique et la racine de l'iris vient-elle faire hernie entre les lèvres de la plaie? On pourra essayer de réduire le prolapsus si on est appelé aussitôt. Si non, on se bornera à instiller plusieurs fois par jour un collyre:

Nitrate de pilocarpine.....	0.10 centig.
Salicylate d'ésérine.....	0.03 centig.
Eau distillée bouillie.....	10 grammes.

Si après peu de temps on ne réussit pas à réduire ce prolapsus de l'iris, il faudra l'exciser.

Enfin, si le cristallin lui-même est intéressé, ce qu'on reconnaîtra à l'aspect laiteux que prend le champ pupillaire, on a affaire à une plaie de la cornée compliquée de cataracte traumatique avec toutes ses dangereuses conséquences, dont la plus immédiate est l'hypertonie (Glaucôme). Si après avoir fait le traitement d'attente à la pilocarpine, à l'ésérine et aux calmants, cette dernière complication est imminente, on devra avoir recours à l'extraction du cristallin. Dans tous les cas, que la plaie intéresse seulement la cornée ou le cristallin, avec ou sans enlèvement de l'iris, indépendamment de la médication inhérente à chaque variété, le traitement général reste le même: soins antiseptiques, pansement oculusif sec si la réaction est modérée, humide si les phénomènes réactionnels sont intenses. Les lavages antiseptiques seront employés tièdes.

Biiodure d'Hydrargyre....	0.05 centig.
Alcool à 90°....	16 grammes.
Eau....	1000 grammes.

Plaies de la sclérotique.—Les blessures de la sclérotique, qu'elles soient limitées à cette membrane ou qu'elles s'étendent en même temps à la choroïde et à la rétine, se présentent dans deux conditions bien différentes; la conjonctive a été divisée avec l'enveloppe sclérale, ou, au contraire, elle a été respectée.

Dans ce dernier cas qui constitue les "ruptures sous-conjonctivales" de la sclérotique, la plaie étant sous-capsulaire, elle demeure protégée contre l'apport de germes septiques et comporte un pronostic plus favorable. On se bornera, pour tout traitement, à faire un pansement antiseptique et ordonner le repos.

La cicatrisation rapide de ces plaies, la rareté de l'infection en pareil cas due à la non participation de la conjonctive à la blessure fait un devoir au chirurgien de s'inspirer de ces données, en présence de plaies pénétrantes de la sclérotique et de transformer, en quelque sorte, ces fractures ouvertes en fractures fermées. Ainsi avons-nous à traiter une plaie de la sclérotique avec rupture conjonctivale, qu'après avoir pris les soins antiseptiques ordinaires et avoir anesthésié l'œil, on suturera au catgut la conjonctive au-devant de la sclérotique en mettant plusieurs points de suture suivant l'étendue de la plaie. S'il s'était produit une hernie choroidienne on aura eu soin préalablement de la réséquer. Plus l'intervention sera rapide, moins seront grandes les chances d'infection.

Les trois enveloppes de l'œil sont divisées.—La plaie intéresse à la fois la sclérotique, la choroïde et la rétine. En pareil cas, le vitré vient souder à l'extérieur, une quantité plus ou moins considérable a pu s'écouler au dehors, suivant l'étendue de la plaie, et l'œil est véritablement crevé.

Indépendamment des désordres consécutifs qui peuvent survenir: hémorragie intra-oculaire, luxation du cristallin, cataracte traumatique, etc., le danger immédiat réside dans l'infection possible du corps vitré, terrain très favorable à la culture des germes septiques; un flegmon de l'œil en serait la conséquence.

L'intervention précoce est donc ici de toute importance; elle seule pourra réussir à conserver un œil voué à une perte certaine. Elle ne diffère pas d'ailleurs de celle indiquée plus haut. On se bornera à suturer très exactement la conjonctive au-devant de la plaie; le pansement oculusif reste le même que pour les plaies de la cornée.

Cette suture conjonctivale ne suffit pas toujours à prévenir le développement de l'infection, car le corps vulnérant peut lui-même être septique et avoir contaminé lui-même les milieux oculaires. On devra toujours la tenter néanmoins; elle ne peut être nuisible et, si le vitré n'a pas été infecté, la suture, en isolant la plaie, empêche le contact avec les culs-de-sac conjonctivaux normalement septiques.

Plaies cornéo-sclérales. — Il n'est pas rare que la plaie intéresse à la fois la cornée et le sclérotique. Le pronostic est beaucoup moins favorable que pour les plaies de la sclérotique seule, et la gravité de la blessure résulte ici de la région intéressée qui est le corps ciliaire. Le pronostic immédiat et le pronostic ultérieur sont tous deux défavorables. Indépendamment des complications qui peuvent survenir, cataracte traumatique, hémorragie intra-oculaire, phthisie de l'œil, il est de notion courante que l'ophtalmie sympathique est beaucoup plus fréquente, avec les plaies de la région ciliaire, qu'avec celles siégeant en tout autre point du globe oculaire. Le pronostic devra toujours être réservé. La conduite à tenir ne diffère pas de celle indiquée précédemment; suture de la conjonctive au-devant de la plaie sclérale, pansement humide. L'œil devra être surveillé et le malade mis en garde contre le danger de sympathie. L'énucléation devra être réservée pour certaines blessures spécialement infectieuses et quand l'œil blessé est réellement devenu menaçant pour son congénère.

Traumatismes graves du globe oculaire. — A la suite de traumatismes considérables, le globe peut avoir été intéressé en plusieurs endroits; il est flasque, mou, le contenu s'en est échappé; c'est véritablement un œil crevé.

Même alors il ne faudra pas se hâter d'énucléer, car l'œil fut-il irrémédiablement perdu, le moignon atrophique qui en résultera sera de beaucoup supérieur à celui fourni par l'énucléation. Un œil artificiel placé sur un bon moignon peut rendre l'illusion complète et il est souvent impossible de reconnaître la difformité.

On se bornera dans tous ces cas aux pansements antiseptiques, en surveillant très attentivement le malade et en se réservant d'intervenir à la moindre menace d'irritation.

En résumé quelles que soient l'étendue et l'importance des plaies du globe oculaire, la conduite à tenir est bien simple: s'abstenir d'énucléer en règle générale et se borner à calmer les phénomènes inflammatoires en surveillant la marche des accidents: suture précoce de la conjonctive, si la plaie siège dans la région sclérale, thérapeutique spéciale pour les plaies de la cornée; dans tous les cas, repos au lit et pansements antiseptiques secs ou humides, fréquemment renouvelés qui auront pour but de diminuer l'intensité des phénomènes inflammatoires et de prévenir l'infection.

R. BOULET.

GYNECOLOGIE

Traitement de l'infection purpérale.

J. B. Killebrew, dans l'édition de juin du *New York Medical Journal*, revient à la charge sur ce très intéressant sujet.

L'obstétrique entre pour une large part dans le travail du praticien. En général, celui-ci doit donc posséder une manière de faire, une technique irréprochable dans son rôle d'accoucheur.

Avec les moyens de défense que nous possédons maintenant contre l'infection au moment des couches, non seulement les cas à terminaison fatale peuvent être considérablement diminués, mais encore le mal peut être enrayé avant même que les organes soient assez sérieusement atteints pour compromettre leur bon fonctionnement futur, et faire, de la jeune mère, une invalide pour la vie.

Les agents infectieux susceptibles d'envahir l'appareil génital au moment des couches sont nombreux, mais ils ne sont pas tous également redoutables. Ainsi, le streptocoque produira une forme d'infection d'ordre beaucoup plus grave que les saprophytes. Au début, le diagnostic différentiel est difficile et ne peut se confirmer que par des cultures et des examens microscopiques que peu de médecins sont suffisamment outillés pour entreprendre.

Néanmoins quelle que soit la forme d'infection, il faut agir promptement, alors que les colonies microbiennes ne sont qu'à la surface des tissus.

Le traitement de l'infection puerpérale est "préventif" et "curatif". "Préventif", il consiste dans les moyens à prendre pour empêcher l'arrivée du microbe dans la cavité utérine. "Curatif", il a pour but de déloger ou de faire périr sur place l'ennemi déjà installé.

Grâce aux moyens préventifs en usage, les accidents dits "fièvre puerpérale" sont moins fréquents. Cela est surtout vrai de la pratique hospitalière et des maternités. Dans la pratique privée, les bons effets sont malheureusement moins marqués. Cela tient, évidemment, à ce que le médecin accoucheur applique moins rigoureusement la technique aseptique.

L'auteur s'élève contre cette prétention du praticien qui ne peut, dans son travail privé, suivre les moyens qu'il juge et sait être nécessaires pour protéger sa malade contre cette complication sérieuse. La technique aseptique est facile et partout applicable. A l'appui de cet avancé, le docteur Killebrew cite le travail fait par the "Society of the Lying in Hospital of the City of New York" (1) dans lequel 2500 accouchées sont chaque année assistées par les médecins de cette société. La classe de femmes ainsi secourues est on ne peut plus pauvre, sale, mal logée — cependant, et malgré ces conditions défavorables, les cas de mort par infection sont rares. Si, dans un pareil milieu, conclut l'auteur, on peut obtenir d'aussi encourageants succès, pourquoi n'en ferions-nous pas au moins autant avec nos malades généralement plus favorisées?

Pour arriver à ces heureux résultats, l'auteur recommande ce qui suit:

L'accoucheur portera dans sa trousse une alaise (modèle Kelly) des tampons stérilisés, une brosse à ongles, deux tubes pour douches vaginales, une seringue fontaine, du savon antiseptique, des comprimés de bichlorure de mercure, de la soie, et de la gaze stérilisée pour le pansement du cordon.

À son arrivée auprès de la femme, le médecin se lavera soigneusement les mains, les ongles et l'avant-bras. La femme est ensuite installée sur l'alaize et l'on procède à une toilette de la face interne, des cuisses, des organes externes et du vagin. Cette première préparation au savon et à l'eau sera suivie de douches vaginales au bichlorure. À partir de ce moment, le champ opératoire est considéré être "aseptique" et tout contact d'objets non stérilisés doit être soigneusement évité.

Les touchés doivent être aussi rares que possible et toujours suivis de douches. L'enfant au monde, si la suite est expulsée bien complète, faites une injection (sol. bichlo. 1/10,000) et protégez la vulve par un tampon de coton stérilisé. Si pourtant l'opérateur devait aller à la recherche de quelques débris de

membrane, ses mains, ses bras seront brossés de nouveau, et le vagin préparé par des douches. L'intervention terminée, l'utérus est abondamment irrigué au sérum artificiel et rembourré de gaze iodoformée. Ce pansement intra-utérin doit être renouvelé après quarante-huit heures. Pour Killebrew, ce tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée à une action antiseptique; elle diminue l'hémorragie par compression, et de plus, excite les contractions utérines.

Ces moyens préventifs seront facilement acceptés par la malade si le médecin sait en démontrer la nécessité; c'est une éducation à faire. Malheureusement, même après toutes les précautions, au moment de la délivrance, vous aurez encore quelques accidents septiques.

C'est au cours de ces cas malheureux que vous emploierez le traitement curatif. Ici les moyens palliatifs sont insuffisants et le traitement chirurgical s'impose. Ce traitement variera avec les différentes phases de la maladie. Tant que les colonies microbiennes seront cantonnées au niveau des couches superficielles de la muqueuse utérine, elles peuvent être bacillées par l'irrigation intra-utérine. Plus tard, s'il s'agit du streptocoque surtout, il aura pénétré les tissus, et des moyens plus énergiques deviendront nécessaires; applications d'antiseptiques, curetage, etc., etc. Si l'infection fait un pas de plus, et par la voie des lymphatiques ou du système veineux envahie, les tissus fœto-utérin, on aura recours à l'incision vaginale et au drainage.

Avant chaque intervention dans l'utérus, le vagin sera soigneusement préparé.

Les "douches intra-utérines" se font au sérum artificiel ou avec une solution concentrée d'acide borique à une température de 110° à 115° F. Comme instrumentation une seringue-fontaine armée d'une seringue à double-courant d'un fort calibre.

Afin de créer un courant de retour assez fort pour bien laver la cavité utérine, la fontaine sera maintenue à une hauteur de 5 pieds au-dessus de la malade. Si les symptômes ne s'amendent pas, ces irrigations devront être répétées 4 ou 5 fois à une heure d'intervalle.

Cette série d'injections terminée, et si la température reste élevée, rembourrez l'utérus de gaze iodoformée à 10/100. Sous l'action des sécrétions utérines, l'iode est libéré et absorbé; dans son passage à travers les tissus, il agit comme antiseptique.

Pour pratiquer le tamponnement de l'utérus à la gaze, placez la malade sur le dos, les cuisses fléchies sur le tronc; écarter le périnée, fixez le col avec une pince tenaculum, et portez les premières mèches jusqu'au fond de la cavité à l'aide de la pince Hunter.

Dans ces cas d'infection grave, le curetage trouve aussi son indication. Cette opération a pour but de débarrasser l'utérus de sa muqueuse infectée. Pour être efficace, le curetage doit être complet.

La malade anesthésiée est placée en décubitus dorsal, un écarteur postérieur est appliqué contre le périnée, une pince à fixer placée sur une des lèvres du col abaisse l'utérus. L'opérateur introduit alors une curette tranchante qu'il promène systématiquement par toute la cavité utérine. Pendant toute cette intervention procédez sans violence; y mettre de la force serait inutile, même dangereux, car l'endomètre fixable se détache facilement, et la paroi utérine ramollie offre peu de résistance. A la suite du curetage, irriguez la matrice et appliquez quelques mèches de gaze que vous enlèverez après vingt-quatre heures pour faire une nouvelle injection.

Par un toucher, vous constatez que le tissu péri-utérin est près, fixez le col, comme plus haut indiqué, soulevez-le pour tendre la paroi vaginale postérieure et pratiquez une incision au niveau du cul-de-sac de Douglass. Par cette boutonnière, poussez des mèches de gaze de chaque côté du corps utérin.

Ces mèches peuvent être laissées en place pendant quarante-huit heures et davantage. Après un premier pansement renouvelez-les tous les jours jusqu'à ce que l'incision se referme. Par ce dernier moyen, préconisé par Piyor de New-York, Killebrew prétend avoir obtenu des succès alors que tout semblait désespéré.

de L. HARWOOD.

OBSTÉTRIQUE

La tuberculose dans ses relations avec la grossesse.—REBIÈRE (Thèse).

Cette question des rapports de la tuberculose et de la grossesse est toujours fort discutée. L'auteur donne d'après Goulard les diverses opinions émises sur le sujet.

Première opinion:—La grossesse s'oppose au développement de la phthisie ou en arrête l'évolution déjà commencée.

Deuxième opinion:—La grossesse aggrave la marche de la maladie; mais celle-ci subit dans les premiers mois de la grossesse une amélioration notable.

Troisième opinion:—Tantôt la grossesse suspend, et semble arrêter la marche de la maladie, tantôt au contraire elle l'aggrave et l'accélère.

Quatrième opinion:—La grossesse accélère la marche de la tuberculose et, d'une manière générale, peut être considérée comme une circonstance aggravante.

Ces diverses opinions ont leurs partisans, mais la dernière rallie sûrement la grande majorité des observateurs. Les observations de M. Rebière viennent à l'appui de cette manière de voir. La grossesse a une influence notable sur la phthisie et cette influence sera d'autant plus fâcheuse qu'à cette cause afférente viendront se joindre d'autres causes prédisposantes: hérédité, mauvaise alimentation, surmenage, etc. La tuberculose tout comme les autres maladies infectieuses semble prédisposer à l'avortement et M. Rebière en s'appuyant sur un travail de M. Fiessinger et sur les expériences de Landouzy et Martin, dit qu'il paraît bien démontré que d'une manière générale la grossesse est rarement menée à terme. Les enfants qui naissent à terme sont généralement au-dessus du poids normal. La tuberculose semble agir un peu comme la syphilis. Il faut bien alimenter la tuberculeuse enceinte, lui faire éviter les fatigues, etc. Au moment de l'accouchement en hâter la terminaison dès que la dilatation est complète afin d'éviter les efforts prolongés. (Jour. de Méd. et Chirurgie, 10^{me} 1900).

J. E. DUBÉ.

PÉDIATRIE

Contribution à l'étiologie de la gastro-entérite aiguë des nouveaux-nés.

M. SONNENBERGER (de Worms), *Semaine médicale*, 28 avril 1900.

L'absorption de toxines contenues dans le lait ou dans les différents aliments, peut, tout comme l'invasion de bactéries causer des intoxications alimentaires. La glande mammaire, organe sécréteur du lait, joue aussi le rôle d'émonctoire. Le lait de la mère peut donc laisser passer les poisons absorbés par la mère.

Il est donc important de surveiller la qualité du fourrage donné au bétail. Les pousses de pommes de terre contiennent de la solanine dont les propriétés nuisibles sont connues, et les animaux nourris de déchets de vieilles pommes de terre fourrissent un lait impropre à l'alimentation des nourrissons. Les résidus de la distillation des alcools de grains, de betteraves, de pommes de terre, sont pour la même raison impropres à l'alimentation du bétail. Les mauvaises herbes telles que vesces, folle avoine, chiendent et autres, que l'on trouve dans les prairies naturelles mal entretenues peuvent communiquer au lait des propriétés qui le rendent nuisible. Il faut donc apporter les plus grands soins à la qualité du fourrage donné aux vaches laitières.

La déclaration obligatoire de la rougeole et des pneumonies infectieuses. (VALLIN
Revue d'Hygiène, 20 avril 1900).

Le germe infectieux de la rougeole a-t-il une grande viabilité, peut-il propager longtemps après une rougeole, la maladie à un autre enfant? Ces questions posées depuis longtemps ont toujours semblé faciles à résoudre. En effet, tous les auteurs s'accordent à dire que la rougeole tout en étant une maladie excessivement contagieuse, ne possède pas un germe présentant la viabilité du germe de la variole, scarlatine, etc. La contagion de la rougeole pour les auteurs, ne serait à craindre que pendant un temps assez court: quelques jours avant et quelques jours après le début de l'éruption. Et la désinfection imposée pour la diphtérie, scarlatine, etc., n'est pas demandée pour la rougeole.

M. Vallin, qui s'occupe toujours des choses d'hygiène a été frappé par la haute mortalité à la suite de la rougeole à Paris, où elle augmente de plus en plus. La moyenne des décès de 1895 à 1899 donne les chiffres suivants: rougeole 785; fièvre typhoïde 364; coqueluche 356; diphtérie 355; scarlatine 150; variole 12. Après la tuberculose qui tue 12000 malades par année à Paris, la rougeole est la maladie infectieuse dont on meurt le plus.

Déjà en 1893, M. Vallin avait demandé la désinfection obligatoire dans la rougeole. Il s'est efforcé de montrer que l'on exagère un peu trop la fragilité du germe rubéoleux qui semble réelle mais qu'aucune preuve expérimentale n'a encore démontrée. Cette virulence peut durer plusieurs jours, et même dans certains cas exceptionnels, à l'abri de l'air, de la lumière, dans les fentes ou sous les lames d'un plancher, dans les plis serrés d'un ballot de vêtements elle semblerait pouvoir persister pendant plusieurs mois, peut-être plusieurs années. "Assurément, dit M. Vallin, chacun doit payer une fois au moins dans sa vie son tribut à la rougeole; mais il n'est pas indifférent de l'avoir à 3 mois ou à 15

ans, en pleine santé ou pendant la convalescence d'une maladie grave, en été ou en hiver, au cours d'une épidémie maligne ou très bénigne. Il importe donc de prendre toutes les mesures capables de préserver de la rougeole quand elle est particulièrement dangereuse ou inopportune. Enfin, la désinfection et l'isolement sont utiles, sinon contre la rougeole simple, qui est d'ordinaire peu grave, mais contre les complications pulmonaires dont souvent l'on meurt. Il importe de détruire par avance les pneumocoques et les streptocoques laissés par un malade précédent, afin que ces germes ne s'implantent pas sur la muqueuse, dépourvue de son épithélium protecteur, de celui qui commence sa rougeole.

M. Grancher dit qu'il est en faveur de la désinfection dans la rougeole, non parce qu'elle vise la rougeole simple contre laquelle la désinfection est inutile, mais parce qu'elle permettra de détruire les pneumocoques et les streptocoques dont la virulence est très tenace, et de prévenir les complications de la rougeole." Quant à la pneumonie et à la broncho-pneumonie, il est démontré qu'elles sont toujours la conséquence d'une infection par des pneumocoques, streptocoques, etc., sauf dans les cas de traumatismes, il fut également décidé qu'elles seraient inscrites sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

J. E. DUBÉ.

Deux cas d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant.

M. Hallé, chef de clinique à l'hôpital des Enfants Malades, rapporte deux observations intéressantes d'arthrite blennorrhagique, dans la revue mensuelle des maladies de l'Enfance, juin 1900.

Dans la première observation, il s'agit d'une fillette de 7 ans qui est conduite à l'hôpital par sa mère pour un gonflement de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Les douleurs ont débuté quinze jours après une vulvo-vaginite intense. Les lavages à l'acide borique n'ont donné aucun résultat.

À son arrivée à l'hôpital, le gonflement est considérable, la douleur intense.

L'origine familiale de la vulvo-vaginite, la présence du gonocoque dans l'écoulement, la localisation spéciale à l'articulation sterno-claviculaire font rapidement poser le diagnostic d'arthrite blennorrhagique.

Les injections quotidiennes au permanganate de potasse à 1 p. 3000 firent recéder les accidents locaux. Les lavages humides sur l'articulation agirent beaucoup plus lentement. Bref, un mois après, l'enfant sortait de l'hôpital à peu près guérie de tous ces accidents.

La seconde observation se rapporte à une fillette de cinq ans qui est amenée à l'hôpital dans les bras de sa mère pour une fluxion intense de l'articulation coxo-fémorale. Les mouvements de la jambe déterminaient une douleur très vive; de fait, la contracture des muscles les rendait impossibles. Y avait-il de la tuberculose sous roche?...

L'histoire des commémoratifs dissipa tous les doutes.

L'enfant avait contracté dans la famille une vulvo-vaginite intense et spécifique qui fit poser le diagnostic d'arthrite blennorrhagique coxo-fémorale.

Le traitement spécial fit évoluer la maladie vers la guérison après trois mois.

Dans ce dernier cas, l'acuité extrême de la douleur, l'absence d'une période de boiterie et de douleur au niveau du genou et la coïncidence d'une vulvite firent écarter le diagnostic de tuberculose.

Comme conclusion pratique, il importe de diriger le traitement contre le foyer

primitif de l'infection gonococcique. De cette façon, il est possible d'exercer une influence heureuse sur les manifestations articulaires de l'infection gonococcique.

J. A. LESAGE.

THERAPEUTIQUE

Traitement des angiomes par l'électrolyse.

Dans la *Presse Médicale* du 26 mai dernier, M. Labbé donne la technique et l'indication du traitement des angiomes par l'électrolyse. Il affirme d'abord que ce mode de traitement est le meilleur, dans les nævi érectiles, dans les angiomes végétants profonds de la peau, dans les angiomes diffus, envahissants et volumineux, dans les angiomes artériels qui se transforment si rapidement en anévrysmes cirsoïdes, dans les angiomes variqueux, kystiques, osseux. Ce traitement s'applique encore aux angiomes des cavités muqueuses ou des orbites, aux angiomes profonds, à ceux de la face. Dans ces derniers ce mode de traitement permet d'obtenir la guérison complète sans cicatrice.

Voici la technique de cette méthode de traitement fixée par M. Guilbard dans une étude d'ensemble:

L'électricité peut être indifféremment fournie, par une batterie de piles, par une batterie d'accumulateurs, ou par une machine dynamo-électrique.

Les aiguilles mises en rapport avec le pôle positif sont fines et d'une longueur de 5 à 10 millimètres; elles sont nues et au nombre de 2 à 8. L'électrode négative est constituée par une plaque de zinc recouverte de peau de chamois mouillée et large.

Il faut rapprocher le plus possible la plaque négative des aiguilles positives afin de faire une électrolyse locale.

Dans ce but, on emploiera pour les angiomes du crâne une électrode négative circulaire perforée au centre. L'électrode circonserira l'angiome, les aiguilles seront enfoncées au centre.

Un galvanomètre et un rhéostat seront insérés sur circuit.

Le sujet est immobilisé sur une table, l'anesthésie locale ou générale est pratiquée. La douleur est peu vive et de courte durée. Le champ opératoire est désinfecté, les aiguilles stérilisées à l'éther et à l'alcool absolu.

L'électrode négative est placée autour de l'angiome. Si le courant employé doit être intense et passer plus de trois minutes, il sera bon de placer entre la peau et la plaque une ou deux couches d'amadou mouillé afin d'éviter les escarres.

Les aiguilles sont plantées obliquement à la surface de l'angiome à une distance d'au moins 3 millimètres les unes des autres.

Avec précaution, on fait passer un courant, dès que le galvanomètre marque 10 milliampères, il faut s'arrêter quelques instants, puis on augmente graduellement jusqu'à 25 milliampères. Si les aiguilles positives sont nombreuses, l'on peut aller jusqu'à 30 ou 40 milliampères.

La durée totale de l'application du courant ne doit pas dépasser trois minutes. Si la peau blanchit autour des aiguilles il faut abrégier.

L'effet désiré obtenu, on ramène lentement l'aiguille du galvanomètre à zéro.

On peut alors faire passer un courant en sens inverse de 4 à 5 milliampères. Ceci à l'avantage de diminuer l'adhérence du caillot à l'aiguille, d'empêcher les hémorrhagies au moment où l'on retire celle-ci. Il faut retirer les aiguilles doucement sans brusquerie.

Après séance, laver la région au sublimé et protéger par une couche de bandruche gommée humectée de liqueur de Van Swieten et recouverte de stérésol. Compression pendant et après est inutile. Éviter les chocs dans les jours qui suivent.

Au début: répéter les séances tous les six ou huit jours. Quand coagulation complète de l'angiôme est obtenue, les séances peuvent être plus espacées. On cesse quand la tumeur est tout à fait dure.

Si coloration rouge persiste après guérison de l'angiôme, on la fait disparaître en pratiquant des piqûres multiples superficielles et rapprochées avec une seule aiguille positive. Le courant ne doit pas être supérieur à 12 ou 15 milliampères et ne passer que quelques secondes.

Le gaiacol dans l'épididymite.

Christian, de la Polyclinique de Philadelphie, rapporte (*Therap. Gaz.*, March 15th, 1900) les excellents résultats obtenus par l'application du gaiacol dans l'épididymite. L'on commence le traitement par un purgatif salin, à bonne heure le matin, et l'on fait prendre une sangsue sur le cordon spermatique du côté affecté, s'il y a congestion aiguë. Le temps suivant du traitement consiste à mettre le malade au repos au lit pour 48 heures et à faire des pansements chauds et humides pendant ce temps. Ensuite l'application de gaiacol. Ce procédé a été suivi dans 60 cas, avec comme premier effet: disparition de la douleur dans les 24 heures suivant l'application dans 54 cas.

Mode d'application: Faire un léger massage du testicule avec un peu d'onguent de gaiacol (titre: 25/100, excipient: lanoline). Étendre ensuite, sur une compresse de gaze une couche du même onguent, en recouvrir le testicule, appliquer une feuille d'ouate et enfin par-dessus tout le pansement un suspensoir. Application du pansement, à tous les deux jours. Au bout de six jours, (trois applications) l'inflammation et la douleur sont disparues, l'on remplace l'onguent de gaiacol par le suivant:

Onguent mercuriel.....	} aa
Ichthyol.....	
Lanoline.....	
Onguent de belladone.....	

Sous l'influence de ce traitement, le testicule revient à sa condition normale dans l'espace de 2 à 3 semaines, quelquefois plus vite.

Cette méthode de traitement a été suivie tant à l'hôpital qu'à la Polyclinique depuis quelque temps avec les résultats les plus satisfaisants.

Photothérapie de la Rougeole.

M. Chatinière (Saint Maudé), dans la *Presse Médicale*, 28 avril 1900, rapporte neuf cas de rougeole traités par la lumière rouge. Avec 3 cas du même, publiés dans la *Presse Médicale* du 10 septembre 1898, la statistique du docteur Chatinière s'élève à 12 cas.

Il est évidemment impossible d'établir des conclusions rigoureuses de l'étude de ces quelques cas trop peu nombreux, mais ce qui donne à ce commencement de statistique une valeur plus grande, c'est que l'un de ces cas offre presque les résultats d'une expérimentation calculée. La suppression trop hâtive de l'installation photothérapique a déterminé, chez un malade, la récurrence non seulement de l'éruption, mais encore des symptômes d'infection.

La méthode employée fut celle utilisée déjà par Finsen comme "traitement topique des déterminations cutanées de la variole."

Dans cette série de 12 observations la photothérapie a été le seul traitement institué. Des rideaux d'andrinople rouge aux fenêtres, une lanterne rouge pour éclairer la chambre du malade; voilà tout ce qui est nécessaire. Si la mise en scène est un peu bizarre, la dépense est des plus modiques.

Les douze malades ont parfaitement guéri, sans le moindre incident l'évolution, en quelque sorte, a été abortive. La thérapeutique à l'aide des rayons lumineux rouges mériterait donc le titre de traitement abortif de la rougeole.

Sans préjuger quoi que ce soit du mode d'action de la photothérapie, on constate qu'elle influence favorablement plusieurs des symptômes de la rougeole: l'éruption, la fièvre, la bronchite rétrocedent progressivement. L'éruption s'efface d'abord sur les parties découvertes et en dernier lieu sur les surfaces soustraites, par les vêtements ou couvertures, à l'influence des rayons rouges.

La fièvre s'apaise très promptement, ce que l'on peut facilement constater au moyen du thermomètre, du reste l'enfant redevient gai, dispos de morose qu'il était. Enfin les phénomènes laryngés et bronchiques paraissent très nettement atténués.

La rapidité d'action du traitement comporte d'assez grandes variations. La cause la plus importante de ces différences paraît être le moment de la journée où l'on commence l'application du traitement. En effet l'obscurité ne permet pas le développement des rayons lumineux rouges. Un malade soigné dès le matin peut être guéri le soir, pendant que chez un autre soumis au traitement dans l'après-midi, la guérison se fera attendre jusqu'au lendemain.

Quoiqu'il en soit le docteur affirme hautement que les résultats qu'il a obtenus sont dus à l'action des rayons lumineux rouges et il souhaite que quiconque connaît et apprécie à leur valeur les dangers de la rougeole, fassent l'essai de la méthode qu'il indique.

Cherchant à expliquer le mode d'action des rayons rouges dans leurs effets sur la rougeole, le docteur Chatinière ne croit pas qu'il n'y ait là qu'une action directement bactéricide. Mais il accorderait plus volontiers aux rayons rouges une action favorable renforçant la résistance de l'organisme à l'infection. Une excitation marquée du système nerveux notée chez un de ses petits malades et l'apaisement de cette excitation (prolongée après disparition des autres symptômes) deux heures après suppression des rideaux rouges, ne laissent aucun doute quant à l'action des rayons rouges sur le système nerveux. Les phénomènes nerveux observés chez les ouvriers qui travaillent à la lumière rouge, pour la fabrication des plaques photographiques paraissent confirmer cette interprétation.

Les neurologistes Binet, Féré, Gilles de la Tonnette ont constaté que le rouge est un puissant dynamogène.

Ces influences des rayons colorés ne sont donc pas à dédaigner: des expé-

ces multiples ont été communiquées à l'Académie des Sciences exposant d'une façon manifeste, les effets subis par les plantes et les animaux élevés dans des serres de couleur. La photothérapie a donc un avenir.

Zomothérapie ou traitement de la tuberculose par la viande crue.

M. A. Sicard, dans un article documenté de la *Presse Médicale* (13 juin 1900), passe en revue cette question du traitement de la tuberculose par la viande crue. MM. Ch. Richet et J. Héricourt, à l'Académie de Médecine (28 nov. 1899, 2 et 8 juin 1900) ont repris cette question, dans le domaine de l'expérimentation.

Les cliniciens avaient depuis longtemps reconnu l'efficacité thérapeutique de la viande crue dans la phthisie.

Dès 1866 Furster (de Montpellier) avait présenté à l'Académie des Sciences une statistique de 2000 cas de tuberculose pulmonaire, traités par de la viande crue (bœuf ou mouton) et une petite quantité d'alcool, avec chez tous ses malades une amélioration considérable. Par cette méthode, disait-il, la guérison pouvait être obtenue à la première période et les porteurs d'une lésion plus avancée, bénéficiaient toujours d'une survie très appréciable.

Weiss (de Saint-Petersbourg) avait également signalé, avant Furster, les bons effets de la viande crue chez les tuberculeux. Fossagrives, Joncourt furent des partisans de la méthode de Furster et enregistrèrent, grâce à elle, de nombreux succès.

Plus tard, Debove, Grancher, Darenberg firent de la viande crue l'aliment de choix dans la tuberculose pulmonaire.

M. Grancher attribue l'action merveilleuse de la viande crue aux substances azotées qu'elle renferme, d'où efficacité quasi-spécifique qui nous fait assister à de véritables résurrections quand la tuberculose n'a pas encore fait de trop ravages.

"La viande crue, dit Darenberg, introduite dans la thérapeutique pulmonaire, par Weiss (de Saint-Petersbourg), est un aliment de premier ordre. Quand, selon les préceptes de Furster, après l'avoir rapée avec un couteau et pilée dans un mortier, on l'écrase sur un tamis, on obtient une pulpe qui présente à l'estomac des fibres musculaires, extrêmement divisées; les surfaces de contact de l'aliment avec le suc gastrique sont multipliées, et cette préparation est très facilement assimilable. Furster et Grancher ont prescrit couramment de 80 à 200 grammes (2½ à 6 onces) de cette pulpe de viande, chaque jour. En suivant ces règles, je suis certain d'avoir permis à plusieurs phthisiques de se guérir. J'ai soigné de tels malades qui, au début de leur affection, ne mangeaient pas et étaient dans un état de maigreur et de faiblesse effrayante; après avoir pris quotidiennement 150 à 250 grammes de purée de viande crue, pendant plusieurs mois, ils étaient régénérés... La viande crue permet aux phthisiques qui s'alimentent mal, de réparer leurs forces et de guérir."

Plus loin encore: "On remplace souvent la viande crue par le jus de viande. Ce jus, ajoute Darenberg, obtenu par l'expression de la viande, contient des sels qui excitent l'appétit et favorisent l'assimilation."

L'administration de la viande crue aux tuberculeux est donc une méthode thérapeutique que l'on peut faire remonter en clinique à près de quarante années en arrière. Cliniquement, cette méthode est déjà ancienne et a fait ses preuves.

* * *

Expérimentalement, MM. Richet et Héricourt, après cinq ans de patientes recherches, viennent de fournir à la science des faits décisifs et d'une démonstration indiscutable. Leurs expériences portent sur 328 chiens.

Voici comment ces auteurs procèdent: inoculation dans veine saphène tibiale de chiens dont poids moyen est de 10 kilogrammes, de 1 c. c. d'une émulsion bien homogène de culture liquide de tuberculose vieille de 2 à 3 mois d'étuve. Un lot d'animaux ainsi inoculés est laissé comme témoin: un autre est soumis à l'ingestion de viande crue. Les témoins meurent tous dans l'espace de 4 à 5 semaines.

Les chiens traités ont une survie notable (300 jours environ) un certain nombre résistent encore, l'un 2½ ans, les autres un an et sept mois. MM. Richet et Héricourt disent que jamais on observe de pareilles survies chez un chien tuberculisé et non traité.

Les effets fournis par la viande crue, sont également produits par le *suc de viande* (Bouchar: suc de viande rappelle l'expression de la viande crue; jus de viande au contraire implique l'idée de viande grillée, rôtie).

La viande cuite ne donne aucun résultat thérapeutique. Les chiens tuberculisés, nourris à la viande cuite meurent aussi vite que ceux alimentés à la pâtée ordinaire.

Les quantités de viande crue ou de suc à dose thérapeutique efficace ont été de 12 grammes (3 drachmes) de viande crue (ou de suc correspondant) par jour et par kilogramme d'animal; environ 120 grammes (30 drachmes) pour un chien de poids moyen.

Cent grammes (25 drachmes) de viande crue exprimée à la presse de 4,000 à 5,000 kilogrammes (8 à 10,000 lbs) donnent environ 35 grammes (9 drachmes) de plasma, de suc actif; exprimés à la presse à main ordinaire, le rendement n'est que de 15 grammes (4 drachmes).

Le suc qui s'écoule, au dégel de la viande congelée est très riche en matières albuminoïdes et peut servir au traitement.

Cette action zomothérapique est non seulement évidente chez les chiens en cours d'infection tuberculeuse, mais elle peut de plus être préventive: des chiens nourris durant 30 jours, à la viande crue, puis infectés et remis à l'alimentation ordinaire, résistent de longs mois. Des chiens tuberculeux, de longue date, très amaigris et cachectiques, soumis alors à la viande crue, recouvrent leur force et leur survie est parfois considérable.

* * *

Tel est le fait expérimental: action, pour ainsi dire, spécifique, préventive et thérapeutique de la viande crue ou du suc de cette viande crue sur l'évolution bacillaire chez les chiens. Quelle est l'interprétation pathogénique de ce fait ?

Voici les hypothèses actuelles que l'on fait à ce sujet.

Pour M. Richet, il s'agit d'un pouvoir spécifique, antitoxique et non anti-bacillaire, du suc musculaire vis-à-vis des toxines du bacille de Koch.

Une autre hypothèse de MM. Richet et Héricourt serait que sous l'action directe du suc musculaire, les cellules nerveuses sont devenues moins aptes à fixer les poisons tuberculeux; le chimio-taxisme positif est transformé en chimio-taxisme négatif.

M. Chantemesse croit que les sucs musculaires agissent indirectement en fa-

vorisant l'alimentation, par excitation de l'appétit et que si les chiens augmentent de poids et guérissent leur tuberculose, ces effets heureux doivent être attribués à la suralimentation. Cette hypothèse n'est pas acceptée par M. Richet.

M. Malassez établit une relation entre la rareté de la tuberculose des muscles et l'efficacité du suc musculaire vis-à-vis cette infection. Peut-être le tissu musculaire contient-il des substances nuisibles au développement des bacilles.

Il y aurait intérêt, ajoute M. Malassez, à traiter les animaux rendus tuberculeux par le tissu ou le suc musculaire d'animaux de même race, de même espèce.

M. Laborde tient compte des digestibilités très différentes de la viande crue et de la viande cuite; il insiste sur l'effet thérapeutique également très efficace des graisses.

M. Bouchard dit que la viande et autres aliments peuvent ou substituer dans certaines cellules des parties nouvelles aux parties anciennes ou se fixer dans la cellule et devenir matières vivantes; ou au contraire, servir seulement à la désagrégation cellulaire et traverser l'organisme sans se fixer. Dans un cas, action d'énergie; dans l'autre: action trophique. Or, il est prouvé que les animaux possédant le plus d'immunité naturelle sont les carnivores. Donner de la viande crue à un carnivore peut donc lui augmenter son immunité naturelle.

* * *

Voilà les éléments du débat sur le terrain de la clinique et sur celui du laboratoire. Comme résultat de ces recherches expérimentales, la viande crue, serait non seulement un aliment, mais encore un aliment spécifique, antitoxique vis-à-vis du bacille de Koch.

L'avenir fournira-t-il de nouvelles sanctions expérimentales à cette donnée si importante.

Il serait intéressant de reprendre les expériences inédites de M. Bouchard. Visant à la transformation du milieu cellulaire ou humoral du cobaye par l'ingestion forcée de viande desséchée, puis ensuite voir comment se comportait cet animal devant la tuberculose.

Il faudrait aussi que l'on expérimentât aussi sur d'autres aliments v. q. huile de foie de morue, etc. et voir si certaines de ces substances alimentaires n'auraient pas d'action entravante sur l'évolution de la bacillose expérimentale.

Alors seulement, avec les résultats d'une série de nouvelles expériences, tenant compte des facteurs de digestibilité gastrique (Laborde), de résistance de la race, carnivore vs végétarien (Bouchard), l'on pourra se prononcer sur une action spécifique véritable du suc musculaire vis-à-vis des toxines du bacille de Koch.

H. HERVIEUX.

Du traitement de la pneumonie par l'ingestion de la levure de bière. — (PIERRE MARIE, *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux.*)

L'auteur rapporte quelques observations de pneumonie grave où la levure de bière donnée à l'intérieur comme dans la furonculose, a semblé avoir de bons effets.

Monsieur Faisans présente à la séance suivante plusieurs observations de ma-

ladies infectieuses traitées par la levure de bière. C'est surtout dans la fièvre typhoïde que l'auteur en a retiré le plus de bénéfice. " Chez tous les malades soumis à cette médication, la langue redevenait relativement humide et propre, la diarrhée diminuait ou disparaissait et chez plusieurs d'entre eux, il n'y avait d'autre garde-robe que celle qui était provoquée par un lavement quotidien."

L'auteur s'est assuré à plusieurs reprises que ces résultats étaient bien dus à la levure; car la suspension de la levure au traitement pendant deux ou trois jours suffisait pour voir apparaître des troubles digestifs. M. Faisans considère que la levure de bière constitue un précieux agent de désinfection gastro-intestinale.

J. E. DUBÉ.

La prophylaxie et le traitement de la gonorrhée par le bleu de méthylène. —

(J. O'NEIL, dans le *Medical Record*, de New-York).

Le bleu de méthylène, administré à l'intérieur, peut guérir la gonorrhée en un espace de temps variant entre quatre et sept jours. Il est fatal au gonocoque. agent spécifique de cette affection. Le meilleur mode d'administration est sous forme de capsules gélatineuses dosées à un grain du médicament et données au nombre de trois ou quatre par jour. Le seul inconvénient du bleu de méthylène consiste dans une irritation du col de la vessie. Il faut se procurer un médicament absolument pur. La formule suivante a donné d'excellents résultats.

R	Bleu de méthylène.....	1 grain.
	Huile de noix muscade.....	1 goutte.
	Huile de santal.....	2 gouttes.
	Pour une capsule.....	—

Dose : Une trois fois par jour jusqu'à effet.

En pratique on n'a jamais dépassé dix jours de traitement, et on a toujours recommandé l'ingestion de grandes quantités d'eau. Au bout de vingt-quatre heures, l'écoulement épais et purulent fait place à un mucus fluide et incolore.

Il est probable que le bleu de méthylène agit aussi comme prophylactique, et à cet effet, nous le conseillons comme tel, car, malgré les protestations de quelques tartufes, il vaut mieux prévenir les dangers qui se rattachent à cette maladie tant au point de vue social qu'au point de vue individuel, que s'appitoyer inutilement sur des malheurs irréparables, (hysterectomies, ovariectomies, cécité des nouveaux-nés, etc). D'autre part, monsieur Werlander dans le *Med. and Surg. Review of Revie.* affirme que, conformément aux expériences de E. Frank, on peut sûrement éviter la blennorrhagie en instillant dans le canal urétral, après le coït, quelques gouttes d'une solution de protargol à 20 p. 100. Le liquide doit rester dans le canal. Le protargol aurait un effet prophylactique même cinq heures après le coït suspect.

Peut-on donner des aliments liquides aux dilatés de l'estomac ?

Depuis longtemps déjà on a conseillé la diète sèche aux dilatés de l'estomac. On interdit généralement les liquides, — potages, café, saucés, thé, etc., — on permet de boire entre les repas dans la saison chaude, lorsque la transpiration est abondante.

Cependant, ce régime aurait des inconvénients suivant certains auteurs. Il peut entraver l'action des reins, provoquer la gravelle ou l'albuminurie; il peut même favoriser la tétanie dans les formes graves de dilatation de l'estomac.

Le docteur Albu, professeur à la Faculté de médecine de Berlin, d'après une analyse faite récemment a prescrit à ses malades un régime plutôt liquide. Partant du principe de physiologie que les liquides passent plus vite de l'estomac dans l'intestin—où ils sont absorbés—que les substances solides ou de consistance pâteuse, il a préconisé un régime où la viande n'occupe qu'une place secondaire. Les aliments sont pris en petite quantité mais les repas sont plus fréquents.

Voici à titre d'exemple le menu que l'auteur propose aux gastrectasiques.

8 heures a. m. : 125 grammes de lait avec deux biscuits.

9 heures a. m. : 125 grammes de crème.

10 heures a. m. : Deux œufs bouillis.

11 heures a. m. : Une tasse de cacao au lait.

A midi: Une petite assiettée d'un potage fait avec une pâte quelconque.

1 heure p. m. : Du riz de veau—90 grammes environ— avec un peu d'épinards.

3 heures p. m. : 125 grammes de lait.

4 heures p. m. : Une tasse de chocolat au lait avec un biscuit.

5 heures p. m. : 125 grammes de crème.

6 heures p. m. : Un potage.

7 heures p. m. : Une tasse de bouillon avec un œuf et un biscuit.

8 heures p. m. : ou à 9 heures: 125 grammes de crème.

Chez une cinquantaine de gastrectasiques le résultat a été satisfaisant.

L'amélioration a été manifeste même chez les dilatés par rétrécissement du pylore.

Traitement du mal de mer par l'élixir parégorique.

La Revue Médicale et la Revue Internationale de Thérapeutique donne le compte-rendu de certains faits observés par le docteur Poussée, médecin de la marine marchande.

Un des remèdes les mieux réputés pour agir efficacement contre le mal de mer est l'élixir parégorique. Il a prescrit ce remède à la dose d'une demi-cuillerée à café dans un peu d'eau, à tous les voyageurs en proie au mal de mer. Un quart d'heure après, le malade sent comme un engourdissement à l'estomac puis du calme auquel succède de la somnolence: bientôt il ne souffre plus ni de roulis ni du tangage le plus mauvais.

L'auteur ajoute que ce traitement ne produit aucun effet désagréable au débarquement.

Cependant, il importe de savoir que l'élixir de la pharmacopée anglaise et américaine se prescrit à des doses plus faibles que l'élixir français à cause de sa composition différente.

Sur le traitement de la syphilis en général et du tabes post-syphilitique. — (Proc.

TCHIRIEW, hôpital militaire de Kiel; Archives de Neurologie).

L'auteur est convaincu, d'après son expérience de dix-sept années d'observation, que la syphilis, comme une maladie constitutionnelle "ne peut jamais être complètement guérie." Des accidents peuvent se déclarer même après vingt ou trente années, malgré un traitement énergique dès le début.

Le traitement général doit éviter avec soin les refroidissements, — corps, tête, surtout les extrémités inférieures. Empêcher l'abus des boissons spiritueuses ou tout excès—intellectuel ou corporel.—

Le traitement spécifique comporte le mercure et l'iodure de potassium.

I. Le traitement mixte a-t-il un avantage sur le traitement mercuriel simple ? Non. Le moyen de se renseigner sur l'absorption ou l'élimination des médicaments est dans l'analyse des urines. Or, chez deux sujets dont l'un est soumis au traitement mercuriel simple et l'autre au traitement iodo-mercuriel, nous trouvons que le premier élimine une quantité de mercure bien moindre que le second, et que d'autre part l'élimination se poursuit plus longtemps. De plus, chez le dernier, le traitement mixte entraînant plus de mercure au dehors, dans un temps donné, provoque plus facilement la salivation particulière qui oblige à une suspension prématurée du traitement. Le mercure passe rapidement dans l'économie et exerce par conséquent trop peu d'influence sur la maladie en général.

Au contraire, chez le premier — traitement mercuriel simple — le mercure forme des albuminates qui le retiennent un certain temps et lui permettent d'agir puissamment sur le virus syphilitique. Au fur et à mesure que ces albuminates disparaissent, le mercure se dégage de nouveau et nous en retrouvons des traces dans l'urine, la sueur, la salive et toutes les autres sécrétions.

L'auteur conclut que le traitement simultané par le mercure et par l'iodure doit être positivement abandonné.

II. Quelle forme de traitement mercuriel faut-il préférer ?

- (a) Les injections sous-cutanées.
 - (b) Les pilules mercurielles.
 - (c) Les frictions mercurielles.
- (a) Les "injections sous-cutanées" sont en vogue, mais elles n'ont pas donné les résultats auxquels on s'attendait.

1° Il est impossible, par ce mode de traitement de doser la quantité de mercure nécessaire à la guérison du malade. 2° Les récidives sont fréquentes, beaucoup plus fréquentes qu'avec les frictions. 3° L'élimination est beaucoup trop rapide à cause de l'absorption immédiate par les capillaires sanguins.

(b) Les "pilules mercurielles" ont le grand inconvénient de déranger les fonctions digestives — douleurs, diarrhée, aepsie.— Cette méthode aurait des avantages sur la précédente.

(c) Les "frictions mercurielles" sont préférables à tout autre mode de traitement à cause des avantages énumérés plus haut. L'auteur recommande la méthode suivante : Chaque jour un bain à 35° c. de 20 à 30 minutes. Une heure après le bain, friction avec 5 ou 6 grammes d'onguent mercuriel fraîchement préparé. Il continue ce traitement pendant cinq à six semaines; six jours de frictions par semaine et repos le septième. L'auteur ajoute une solution saturée de chlorate de potasse en gargarisme 7 à 8 fois par jour après les repas, surtout. Ce mode de traitement a donné les résultats les plus satisfaisants et sans aucun accident.

Au bout des six semaines, repos de une ou deux semaines: les bains sont continués trois à quatre fois par semaine. A ce moment l'auteur prescrit 0.50 centig. d'iodure trois fois par jour dans un verre de lait, d'eau de Vichy ou de seltz. Ce traitement successif est poursuivi pendant six semaines au moins. Ce

qui fait un total de trois mois par année durant une période de 3 à 5 ans pour le traitement antisiphilitique.

L'auteur se félicite des résultats obtenus par cette méthode.

A propos des tabétiques, l'auteur a relevé la syphilis dans les antécédents de chacun d'eux. Il attribue ces complications tardives à l'insuffisance du traitement antérieur.

J. A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE

Formulaire.

1° ACNÉE REBELLE :

Résorcine	5 grammes.
Poudre d'amidon.....	} aa 5 grammes.
Oxyde de zinc.....	
Vaseline.....	15 grammes.

En application locale durant la nuit. Bain le matin. Pas d'alcool.

2° ANOREXIE (perte d'appétit) :

Teinture de noix vomique.....	} aa	1 drachme
—— capsicum.....		
—— quinquina.....		
—— gentiane.....		

Un drachme avant le repas dans un peu d'eau.

3° BLENNORRHAGIE :

Bleu de méthylène.....	1 grain.
(chim. pur)	
Huile de noix muscade.....	1 goutte.
Huile de santal.....	2 gouttes.

Pour une capsule.

Trois à quatre fois par jour chez l'homme ou chez la femme.

4° CHANCRE MOU :

Alcool.....	30 grammes.
Eau.....	15 grammes.
Acide borique.....	3 grammes.

En application locale durant 24 heures ou plus.

5° COQUELUCHE :

Résorcine	2 grammes.
Antipyrine	1 gramme.
Eau distillée.....	70 grammes.
Teinture d'opium.....	iii gouttes.
—— de belladone.....	viii gouttes.
Sirop de codéine.....	10 grammes.
—— de gomme.....	20 grammes.

Par cuillerées à café toutes les heures pour les enfants au-dessus de deux ans.

VARIÉ

Nettoyage des aiguilles hypodermiques.— Nous lisons dans un journal américain qu'un bon procédé, simple en même temps, pour nettoyer les aiguilles hypodermiques, consiste à les faire bouillir durant 10 minutes dans une solution de bicarbonate de soude; le précipité qui bouche l'aiguille est dissous et l'extérieur est remis dans son brillant primitif.

* * *

Club Médical de Paris:— Un club médical a été fondé récemment à Paris. Son but est d'entretenir, entre tous ses membres des relations cordiales et suivies, basées sur l'estime et la confiance réciproques, de créer un centre professionnel ouvert aux membres du corps médical parisien et d'offrir une courtoise hospitalité aux médecins de province et de l'étranger en déplacement temporaire à Paris.

M. Pozzi est président, M. Chassevant bibliothécaire, et M. Doléris secrétaire-général.

* * *

Science et police.— La *Gazette Médicale de Paris* rapporte le fait suivant, arrivé à la salle de Police à Paris.

Mademoiselle Mercedes Isabelle, qui a vu le jour dans les environs de Madrid, est une fort jolie fille, qui, après avoir accordé ses faveurs à un officier russe, lui avait dérobé sa bourse. La police mit la main dessus et fouilla Isabelle. On retrouva, sur elle, plusieurs louis d'or; reste de la somme dérobée à M. de N... Mais tout à coup, Isabelle s'empara des louis qu'on venait de déposer sur la table du magistrat et les avala avant qu'on ait eu le temps de l'en empêcher. — Un purgatif énergique lui fut administré dès son arrivée au dépôt et la contraignit à une restitution... involontaire.

Le "purgatif obligatoire", voilà le clou de la salle de police. Et pourtant les choses se seraient peut-être arrangées toutes seules, car la physiologie nous enseigne que même les pièces d'or montrent leur nez à la fenêtre au moment opportun, et la pathologie a démontré que les pièces de 20 francs en or n'ont jamais encore amené "d'occlusion intestinale."

* * *

Dysenterie:— Les injections au permanganate de potasse sont très recommandées dans les cas de dysenterie. Les solutions doivent varier de 0.5 décigr. pour 1000 gr. d'eau bouillie pour les adultes, à 0.2 décigr. par 1000 gr. pour les enfants, et enfin, 0.1 décigr. par 1000 gr. pour les très jeunes enfants. On commence par vider l'intestin au moyen d'un lavage à l'eau savonneuse, on introduit ensuite lentement la solution antiseptique qu'on laisse en contact avec l'intestin durant une ou deux minutes. Les lavages peuvent être faits deux fois par jour.

* * *

Le Club des Appendicités:— Un nouveau club s'est formé à Cleveland, Ohio: le "Club des Appendicités."

Pour devenir membre du club, il faut avoir été opéré d'appendicite. Il y aurait même des grades en faveur de ceux qui ont été opérés plusieurs fois.

Avis à tous ceux qui recherchent les honneurs ! . . .

* * *

Neurasthénie et divorce.— Nous lisons quelque part que la neurasthénie n'est plus un prétexte au divorce. Dernièrement, à Paris, une femme intente un procès en séparation de corps à son mari neurasthénique. Les violences, les gros mots, les longues séparations nécessitées pour le traitement, l'ont peu à peu détachée de son époux: bref, la vie est impossible dans ces conditions et le tribunal est appelé à se prononcer. Dans sa sagesse, Thémis décide que la neurasthénie excuse tous les défauts et engendre juridiquement le dévouement de la femme! . . .

* * *

Un monstre.— En novembre 1899, un médecin viennois est appelé auprès d'une femme en travail âgée de 29 ans.

Après l'application des fers, on s'aperçut que l'enfant, à terme, portait des circonvolutions ayant la forme, la couleur et l'épiderme écailleuse du serpent. Ces circonvolutions étaient complétées par une espèce de queue. Sur le milieu de la tête se trouvait un orifice spécial représentant la tête du serpent. L'enfant était du sexe masculin. Comme note explicative on ajoute que la mère, alors enceinte d'un mois, avait été effrayée à la vue d'une vipère que des paysans avaient tuée et placée devant elle. Depuis ce temps, elle avait eu un pressentiment de ce qui est malheureusement arrivé.

* * *

Le cyclisme et le crime.— Lombroso à la suite d'observations personnelles minutieuses vient d'affirmer, dans un article à sensation que le cyclisme a multiplié les crimes et la folie. "Tout mécanisme, dit-il, qui entre dans l'usage de la vie humaine augmente le chiffre et les causes du crime comme de la folie."

Matière à discussion disent les uns; moyen de publicité disent les autres. Tiens ! ! ! . . .

* * *

Médication Thyroïdienne.— M. Linke prétend qu'il a eu des succès inespérés par l'extrait de glande thyroïde à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour chez des enfants arriérés dont la croissance et le développement intellectuel semblaient arrêtés. L'amélioration est surtout manifeste chez les enfants en bas âge— deux ans au moins — à huit ans les résultats sont moins brillants.

* * *

Monstre hétéradelphe.— M. Lannelongue présente un jeune indien porteur d'un sujet en partie confondu avec lui. Il s'insère sur le sujet principal entre le sternum et l'ombilic; il a deux bras portant chacun quatre doigts, deux jambes, un anus et des organes génitaux mâles. Le sujet accessoire urine en même temps que le sujet principal.

* * *

Spécialités.— Au cours d'un article fort à propos sur les spécialités médicales, nous avons tellement étendu son domaine que, véritablement, fût-on un Pie de la chair chirurgicales, M. de Lavarenne dit avec raison: "La science médicale a de Mirandole, il me semble impossible de le cultiver à fond tout entier.

Le médecin n'acquerra donc que les notions générales lui permettant, dans sa pratique journalière, d'appliquer les grandes données de la science; à côté de lui, pour le guider, pour l'éclairer, pour intervenir, s'élèvera celui qui, ayant étudié spécialement, telle ou telle partie du domaine, la connaîtra jusque dans ses moindres recoins."

L'Allemagne a bien compris cette nécessité, et c'est ce qui a fait pendant des années la vogue de l'enseignement des universités allemandes.

En France, on créa il y a vingt ans une chaire de Dermatologie et Syphiligraphie. Puis vint l'Ophthalmologie, les maladies infantiles internes, les maladies des voies urinaires et l'oto-rhino-laryngologie. Et ajoute de Lavarenne, la Pathologie chirurgicale infantile, et la Gynécologie, et toute cette Thérapeutique physique qui chaque jour prend une place plus importante dans la cure des maladies! Quelle place leur donne l'enseignement? Aucune.

NECROLOGIE

Le professeur Fafard et les agrégés.

Une assemblée spéciale des agrégés tenue à l'Université Laval, le 11 juillet courant, étaient présents: MM. Hervieux, Brennan, Cléroux, Marsolais, Marien, Dubé, LeSage, Parizeau, Valin, Fortier, Rivet, Boucher, Benoit, Gauthier, Duhamel, Mercier, Harwood. Il a été résolu à l'unanimité:

1° Que les agrégés ont appris avec regret la mort soudaine du professeur Fafard arrivée le 8 du mois courant.

2° Que copie de la présente résolution soit adressée à la famille et à la presse.

A VENDRE.

Occasion, un magnifique microscope ayant coûté \$135, derniers perfectionnements.

Une machine statique Gaiffe en parfait état avec accessoires et moteur.

S'adresser à la CIE DES MÉDECINES PATENTÉES FRANÇAISES,
286, rue St-Denis

BIBLIOGRAPHIE

Conférences pour l'Externat des hôpitaux de Paris — Anatomie, Pathologie et petite chirurgie, par JEAN SAULIEU et ARMAND DUBOIS,

Internes des hôpitaux de Paris.

Nous accusons réception du fascicule 3 des conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, édité chez Baillièrè et fils. Nous ne saurions trop recommander aux étudiants et même aux médecins l'acquisition de cet ouvrage. L'étudiant y trouvera un exposé clair et succinct des connaissances anatomiques indispensables avec figures intercalées dans le texte. Le médecin, d'autre part, dans un rapide coup d'œil, rafraîchira sa mémoire de souvenirs trop tôt passés, mais sans cesse rajeunis par ceux qui suivent.

L'ouvrage sera complet en 15 fascicules: il en paraît deux par mois.

J. A. LESAGE

Les Albuminuries curables, par le Dr TEISSIER,

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine.

La question de la curabilité des albuminuries intéresse à un très haut point le médecin praticien. A quoi peut-on reconnaître la curabilité possible d'une albuminurie? Dans quelles conditions cette curabilité peut-elle s'obtenir et dans quelles limites est-on en droit de l'espérer? Telles sont les questions que M. Teissier résout avec la compétence que lui donnent vingt années de recherches et de pratique sur la question.

Il passe ainsi successivement en revue les albuminuries fonctionnelles ou organiques, c'est-à-dire sans lésion nettement déterminée de l'appareil rénal, puis les albuminuries rénales, supposant une altération plus ou moins avancée du parenchyme glandulaire.

Les albuminuries fonctionnelles comprennent quatre chapitres spéciaux: 1° Les albuminuries intermittentes irrégulières, des sujets en apparence bien portants; 2° les albuminuries des adolescents, généralement intermittentes et cycliques; 3° les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique; 4° les albuminuries d'ordre névropathique, notamment l'albuminurie de la station debout ou orthostatique.

Les albuminuries rénales se divisent en deux groupes; les néphrites aiguës infectieuses et les albuminuries permanentes des néphrites chroniques.

Ce volume fait partie de la collection des *Actualités médicales*, dont il paraît un volume tous les mois. (Abonnement annuel: 16 fr.) Rappelons les titres des volumes parus en 1900: L'APPENDICITE, par Broca.— La FATIGUE OCULAIRE et le SURMENAGE VISUEL, par Dor.— CANCER et TUBERCULOSE, par Claude.— Le RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU en Bactériologie, par Triboulet.

Le prochain volume sera consacré au PNEUMOCOQUE.
