

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.

L'UNION MEDICALE

DU CANADA.

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

Rédacteur en Chef: }
J. P. ROTTOT, M. D. }

Assistants-Rédacteurs: }
A DAGENAI, M. D. }
L. J. P. DESROSIERS, M. D. }

Vol. 1.

SEPTEMBRE 1872.

No. 9.

UNE REPONSE.

Il paraît que mon appréciation de l'acte médical en projet ne plait pas à tout le monde. Mes remarques ont surtout affecté d'une manière très désagréable le système nerveux de l'éditeur du *Canada Medical Journal*. Dans un article du mois dernier, le Dr Fenwick se sert à mon adresse d'un langage qui frise l'impertinence. J'en suis d'autant plus surpris, qu'une telle conduite est contre ses habitudes. Libre à lui de continuer sur ce ton-là ; pour moi je ne le suivrai pas. Celui qui dans ces sortes de luttes remporte la palme, ne peut pas à la fin se glorifier d'une grande victoire.

J'ai fait quelques observations sur le bill de médecine, principalement pour provoquer la discussion sur une question si importante et si compliquée. Dans le cours de mes remarques j'ai évité toute personnalité, je ne me suis occupé que de la question elle-même, je ne me suis pas servi d'une seule expression blessante contre qui que ce soit. Je savais bien que mes opinions étaient en opposition directe avec celles de quelques-uns de mes confrères : mais je croyais avoir la liberté, le droit de les exprimer sans craindre de leur part aucune remarque offensante. Le docteur Fenwick lui-même, déclare que la discussion du Bill est ab-

seulement nécessaire ; il la demande avec instance ; mais il faut dit-il, qu'elle soit faite d'une manière calme et sans passion. Le Dr Fenwick est comme les Puissants de la terre ; ils font des lois pour les humbles mortels, mais il est toujours entendu que ça ne les regarde pas du tout.

Pour moi, je continuerai à suivre ma même ligne de conduite, et je vais aujourd'hui m'efforcer de prouver au Dr. Fenwick, aussi poliment que possible, qu'il a une fausse idée de la question qui nous occupe, et qu'il n'a pas compris le sens de mes remarques.

Dans le mois de Juin dernier j'écrivais : qu'il était très difficile, dans un pays composé de différentes nationalités, chacune jalouse de conserver sa langue, ses lois et ses croyances religieuses, de faire une loi qui fut acceptable pour tous.—Le Dr Fenwick prend occasion de cela pour me dire qu'il est simple et ridicule d'amener ces considérations-là de l'avant dans la discussion de ce projet de loi ; que la religion n'a rien à y voir ; que la colique fait souffrir un Catholique autant qu'un Protestant ou un Juif, et que le traitement est toujours le même.

Je croyais tout bonnement, moi, qu'une loi de médecine était une chose tout à fait différente de la science de la médecine, que l'une ne devait pas entrer dans le domaine de l'autre. Je ne me serais jamais imaginé qu'en faisant une telle loi, on devait se proposer d'enseigner aux Elèves, comment il fallait traiter un mal de ventre. J'ai toujours cru de plus que l'éducation était une des choses les plus importantes pour un peuple ; que c'est elle qui, contribue le plus à assurer sa prospérité, son avenir. J'ai toujours cru aussi, qu'il ne pouvait pas y avoir de bonne éducation sans religion : qu'on ne pouvait pas enseigner les sciences, la médecine surtout, sans parler de religion : que les questions religieuses en rapport avec la science médicale, étaient loin d'être traitées de la même manière par les Protestants et par les Catholiques : et que pour ces diverses raisons-là, nous ne devons pas renoncer au privilège

que la constitution nous accorde, de diriger nous-mêmes notre système d'éducation. Il me semble, qu'il n'y a pas là de simplicité, ni d'étroitesse d'esprit. C'est, je crois, traiter la question sous un point de vue aussi large, et aussi élevé que que possible. Si le Dr. Fenwick n'a pas vu cela, c'est probablement, par ce qu'il se sera, par hasard, placé lui-même trop bas. Je lui conseillerais donc de monter un échelon de plus.

Dans le même écrit, je disais que la XXVme clause ne rendait pas justice à nos maisons d'éducation. Le Dr. Fenwick n'a pas pu comprendre cela. Voyons ce que pourra faire une seconde explication.

La XXVme clause pourvoit à ce que tout aspirant à l'étude de la médecine, porteur d'un diplôme de Maître-ès-arts, soit admis sans examen.

Où est l'injustice, demande le Dr. Fenwick. Les Canadiens ne sont-ils pas traités comme les Anglais. Qu'un élève de l'Université Laval vienne devant le Bureau ou devant nous, avec son diplôme de Maître-ès-arts, il sera admis à l'étude de la médecine sans examen ; mais nous ne pouvons pas faire la même faveur aux élèves sortant d'aucune de nos écoles publiques, porteurs d'un certificat qui n'est pas un diplôme Universitaire. Voilà exactement où est l'injustice. Le Dr Fenwick met nos premières maisons d'éducation, telles que les Jésuites, le collège St. Hyacinthe, de Nicolet de Montréal, etc, sur le même pied que leurs écoles publiques. Il ignore que l'éducation donnée par ces maisons, est tout aussi bonne et aussi complète que celle donnée par les Universités, et qu'un bon certificat d'études complètes de l'une ou de l'autre de ces institutions équivaut à un diplôme de maître-es-arts, parce que leurs élèves suivent le même cours qui est enseigné par les Universités. Ces jeunes gens étant donc aussi instruits que les autres, devraient jouir des mêmes privilèges. C'est ce que j'appellerais justice égale.

Le Dr. Fenwick cherche ensuite à faire de l'esprit au sujet de mes remarques concernant la 28ème clause. A l'entendre, nous sommes toujours dans des trances affreuses,

l'ombre même d'un Anglais nous fait peur ; bien loin de reposer la moindre confiance en eux, nous les croyons continuellement occupés à tramer des complots qui tendent à rien moins, qu'à la destruction de notre nationalité, de notre langue, et de notre religion : sans espoir eux-mêmes d'être sauvés, ils veulent nous conduire au diable avec eux. Par rapport à cette dernière remarque, il pourrait bien se faire après tout, qu'il n'aurait pas tort, et que sans le vouloir, il aurait dit une grande vérité. C'est probablement ce qui nous arriverait, si on voulait les suivre ; heureusement, qu'on y voit des inconvénients.

Il me semble pourtant, que nous avons de bonnes raisons pour nous opposer à cette 28^{ème}. clause. Elle donne véritablement trop de pouvoir au conseil ; car elle pourvoit à ce que le conseil ne soit pas tenu de reconnaître aucune école de Médecine dans la Puissance du Canada, qui ne sera pas en opération lors de la passation de l'acte médical. Quand on possède un tel pouvoir, il n'est pas impossible qu'on en abuse. N'a-t-on pas raison de le craindre ? Quel crime commet-on lorsqu'on cherche à se protéger. N'est-ce pas ce que font toutes les minorités dans les pays mixtes ? C'est pour ainsi dire un droit. Et Messieurs les Anglais en usent largement, chaque fois que l'occasion se présente

D'ailleurs je m'opposerais à cette clause, quand même nous ne formerions qu'un seul peuple ayant la même langue et la même religion. Le gouvernement seul devrait avoir le droit de reconnaître ou de permettre la formation d'une école de Médecine ; parceque dans cette question il n'y aura que le bien public qui pourra l'influencer. Ce système, dit le Dr. Fenwick a été la cause de beaucoup d'abus : c'est grâce à lui si l'on a vu en Angleterre se former un si grand nombre d'écoles de Médecine, et si elles ont tant abusé de leurs pouvoirs. Il est évident que la cause du mal ne réside pas dans le pouvoir qu'a le gouvernement de permettre l'établissement des Ecoles de Médecine ; elle réside plutôt dans la défec-tuosité de la loi de médecine elle-même.

Rendez cette loi plus sévère. Exigez plus de garantie de la part des écoles. Obligez-les de posséder tout ce qui est nécessaire pour donner une bonne éducation médicale. Établissez un pouvoir qui puisse les contrôler jusqu'à un certain point, et voir à ce qu'elles remplissent exactement les exigences de la loi. Vous n'aurez plus ensuite d'abus à redouter de la part du gouvernement. Vous n'aurez pas même à craindre l'établissement d'un trop grand nombre d'Écoles. Elles ne se formeront que lorsque le bien public le requerra. En voulant éviter un mal, il faut prendre garde de ne pas tomber dans un autre plus grand. S'il n'est pas bon d'avoir trop d'écoles, il est peut-être plus mauvais de ne pas en avoir assez. La rivalité, en médecine comme ailleurs est souvent la plus puissante cause de l'émulation et des progrès.

Je terminerai en priant les Médecins de se rappeler que l'Association Médicale s'assemble le 11 de ce mois. Cette session devra nécessairement être très importante. Le projet de loi sera de nouveau pris en considération, et probablement pour la dernière fois. Si nous ne voulons pas qu'il soit adopté sous sa forme actuelle, c'est notre devoir de nous rendre à cette convocation et de proposer les modifications que nous croirons convenables et justes.

Septembre 1872.

DR. J. P. ROTTOT.

CORRESPONDANCE.

Mr. le Rédacteur,

Je vous envoie les quelques lignes qui suivent pour l'*Union Médicale*, si vous y trouvez de l'intérêt pour vos lecteurs, publiez-les en tout ou en partie comme il vous plaira.

J'ai l'honneur d'être

Votre etc.,

DR. ED. DESJARDINS.

Je suis tout-à-fait enchanté de mon séjour à Londres. Cette ville offre en effet, à celui qui veut s'occuper de maladies

d'yeux, le plus vaste champ d'observations qu'il soit possible de rencontrer. L'on compte ici cinq hôpitaux exclusivement consacrés aux affections oculaires, de plus, la plupart des grands Hôpitaux ont un département spécial pour ces affections et dans chacune de ces institutions où se fait régulièrement un service journalier, les malades viennent toujours en grand nombre ; ainsi, à *Moorfield's Ophthalmic Hospital*, plus de trois cents malades se présentent chaque matin à la consultation.

Les Hôpitaux que je suis plus particulièrement sont, dans l'avant-midi : *Moorfield's*, qui est sous la direction des premiers oculistes de Londres, tels que MM. Bowman, Critchett, Sælberg Wells, Lawson, &c., et dans l'après-midi : *Westminster Ophthalmic* et *St. Thomas*, dont le service ophthalmique est confié à M. Leibreich.

Les cliniques oculaires sont de ce temps-ci encore plus intéressantes qu'à l'ordinaire, à cause de la présence d'un grand nombre d'oculistes des plus distingués venus de presque toutes les parties du monde, pour assister à une réunion du Congrès International d'Ophthalmologie qui a eu lieu ici la semaine dernière. MM. les oculistes anglais, pour faire plaisir à leurs confrères étrangers, et un peu aussi, je suppose, dans le but de montrer leur habileté en chirurgie oculaire, ont conservé pour cette occasion leurs plus beaux cas d'opérations ; aussi depuis une couple de semaines, il ne se passe peut-être pas un seul jour, sans que nous soyons à même de voir pratiquer quinze à vingt opérations importantes.

J'aurai occasion, probablement plus tard, de vous parler de ce Congrès d'ophthalmologie, dant j'ai eu l'honneur de faire partie ; je me contenterai cette fois, de vous donner un résumé de quelques unes de mes notes prises dans les différents hôpitaux que j'ai suivis.

Une des questions qui préoccupent le plus les ophthalmologistes, c'est de savoir s'il ne serait pas possible de perfectionner encore le mode opératoire pour l'extraction de la cataracte. On est satisfait jusqu'aujourd'hui des résultats obtenus.

nus par l'opération de de Graefe, mais on trouve que ce procédé est difficile, qu'il expose bien souvent au danger de perdre de l'humeur vitrée, &c., malgré cela, ce procédé me paraît être employé par la grande majorité des oculistes, beaucoup en suivant exactement les préceptes de l'auteur et d'autres en y apportant quelques modifications dont la meilleure à mon avis est celle de M. Critchett. Cette modification consiste à faire la ponction et la contreponction, à environ un tiers de ligne plus bas que ne l'indique M. de Graefe, et à terminer l'incision complètement dans la cornée, au lieu de la faire à la périphérie. On conçoit, que par ce changement dans la situation de la plaie, le corps vitré est beaucoup moins exposé à faire hernie que dans la méthode de de Graefe, où l'incision étoit toute entière en dehors de la circonférence cornéenne, se trouve, après l'iridectomie, en face de la membrane hyaloïde, qui n'ayant plus de point d'appui se rompt avec la plus grande facilité, pour peu que le chirurgien hésite dans son opération.

J'ai vu M. Critchett opérer plusieurs fois, et jamais cet accident ne lui est arrivé ; je puis dire la même chose des autres chirurgiens qui ont opéré d'après ses indications—j'en conclus que cette modification de M. Critchett est réellement avantageuse, même en admettant que la plaie ne se guérisse pas aussi vite que dans le procédé de Graefe, et que la sortie du cristallin soit un peu plus difficile, à cause du mouvement de bascule en avant qu'il faut lui imprimer.

La méthode de *discission* connue sous le nom de *Bowman's two-need le opération*, est bien souvent employée ici et avec succès : dans les cas de cataractes secondaires où la capsule est très épaisse et fortement adhérente à l'iris. Cette méthode consiste d'abord à introduire dans la cornée près de sa circonférence, une aiguille que l'on pousse jusque dans le centre de la capsule, puis une seconde aiguille du côté opposé, que l'on conduit aussi jusque dans la capsule au même point où se trouve la première. Ces deux aiguilles une fois bien engagées dans la cataracte, sont ensuite écartées de chaque côté

de la pupille : la capsule se déchire et laisse une espèce d'ouverture où le corps vitré se précipite et maintient séparés les débris de la cataracte. C'est par cette ouverture devenue transparente par la présence du corps vitré, que les rayons lumineux peuvent entrer dans l'œil. Pendant l'opération, il faut avoir soin de ne pas trop tirer l'iris, ce qui pourrait amener des symptômes inflammatoires plus ou moins fâcheux. Les aiguilles dont on se sert, sont les mêmes que celles employées pour la *discission* ordinaire.

Je vous dirai en terminant, qu'ici, on ne fait presque pas d'opérations dans l'œil, sans endormir les malades. L'anesthésique le plus souvent employé est le *Bichlorure de Méthylène* parcequ'il agit plus promptement que le Chloroforme, et que son effet dure moins longtemps. Ces deux préparations se ressemblent beaucoup quant à leurs qualités physiques, elles s'administrent de la même manière, et les malades prennent l'une ou l'autre indifféremment. Cependant quand il s'agit de faire une longue opération, on donne de préférence le chloroforme ; ou bien, l'on commence avec le Méthylène pour anesthésier de suite le malade, et l'on continue ensuite avec le Chloroforme.

Pour ceux qui ont à faire plusieurs opérations à la fois l'emploi du Bichlorure de Méthylène est certainement avantageux parcequ'il sauve beaucoup de temps.

Londres 9 Août 1872.

Dr. ED. DESJARDINS.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU PANSEMENT DES PLAIES PAR L'OCCCLUSION INAMOVIBLE, par M.
Viennois.

(Suite et fin.)

Au trente-deuxième jour, M. Ollier crut pouvoir se dispenser de l'enveloppe silicatée, et dès le lendemain le malade accusa de la douleur ; la température avait augmenté dès le soir, le moignon devint douloureux et le malade perdit

l'appétit. Au bout de cinq jours il y avait un petit décollement à la face inférieure du moignon. Cette fois encore on fit le simple pansement ouaté, sans bandage silicaté ; le malade continua à souffrir, et quatre jours plus tard on constata un décollement plus grand. Alors le chirurgien eut recours au pansement complet, c'est-à-dire à l'occlusion *inamovible*, et une fois l'appareil silicaté sec, les douleurs disparurent.

Nous attachons donc une importance capitale à l'immobilisation, soit pour soulager le blessé, soit pour favoriser l'accomplissement lent et régulier des processus réparateurs, soit enfin pour obtenir dans certains cas la réunion immédiate.

M. Ollier est tellement persuadé de l'importance de l'immobilisation, que dans les cas où un abcès ossifluent doit s'ouvrir et menace de perforer la peau, il immobilise préalablement la partie dans un bandage silicaté. Ce mode de traitement des abcès ossiflueux ou des suppurations articulaires est trop important pour que nous n'en disions pas quelques mots. On sait combien sont graves, dans les services de chirurgie, les ouvertures spontanées ou accidentelles des abcès par congestion ou des abcès provenant des grandes articulations, comme la hanche et l'épaule. Ces dangers viennent de deux causes ; de l'air qui pénètre dans le foyer et de l'inflammation du foyer par les mouvements. Les mouvements sont cause de la pénétration de l'air ; il est donc important de les supprimer complètement au moment de l'ouverture des abcès. En ouvrant ainsi ou en laissant s'ouvrir sous le bandage *inamovible* des abcès dont l'ouverture à l'air libre, spontanée et surtout artificielle, est suivie des accidents les plus graves, on prévient mieux la pénétration de l'air que par tous les autres procédés de pansement. Si l'abcès est considérable, on le vide avec l'aspirateur Dieulafoy et l'on se hâte de recouvrir d'ouate la partie correspondante à la fenêtre de l'appareil. Après avoir vu ouvrir de cette manière certains abcès ossiflueux, nous avons été étonné de la faible quantité de pus qui s'en écoulait consécutivement sous le bandage tant que l'occlusion *inamovible* était

maintenue ; malheureusement il est des cas nombreux où l'abondance de la supuration force à faire des pansements fréquents ; mais on les fait sous le bandage qui maintient toujours l'immobilité. L'articulation doit être ainsi immobilisée pendant plusieurs mois, s'il le faut, jusqu'à la cicatrisation du trajet.

Quand on examine le pus des plaies traitées par l'occlusion inamovible, on trouve qu'il a des propriétés différentes de celles du pus exposé à l'air libre ; il est devenu acide, comme on peut s'en assurer en y trempant un papier bleu de tournesol. Cette acidité tient probablement à la sueur qui se mêle au pus sous le bandage.

Dans le numéro de décembre 1871 des ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, M. Hervey signale le résultat de quelques observations de M. Hayem, d'après lesquelles des globules de pus seraient peu nombreux et mal formés dans l'intérieur des bandages ouatés tels qu'on les pratique à Paris. Dans les différents pus que nous avons examinés, nous avons trouvé des vibrions d'autant plus nombreux que les bandages étaient plus anciens.

Dans deux cas où le bandage a été enlevé au bout de dix et treize jours, nous avons observé peu de pus, mais des cristaux abondants d'acide stéarique. Nous n'avons pas fait les mêmes observations que M. Hayem relativement à la quantité des globules du pus ; nous avons trouvé le plus souvent des globules du pus très-abondants, ratatinés, obscurcis par des granulations, mais qui deviennent très-apparents lorsqu'on ajoute une certaine proportion d'eau. Le pus du reste, quel que soit le temps qu'on attende pour enlever le bandage, ne subit pas les modifications qu'on observe dans les pansements ordinaires, il n'a pas d'odeur sulfhydrique. L'odeur en est d'abord fade, désagréable, puis analogue à l'odeur exagérée de certains fromages, mais sans rapport avec les produits de la putréfaction du pus exposé à l'air libre. Cette odeur fade commence lorsque la partie liquide du pus vient

à traverser le bandage silicaté, et elle devient de plus en plus forte à mesure que la supuration s'accumule.

Dans la plupart des faits dont nous avons été témoins, cette odeur n'était pas franche, elle était mêlée à une odeur phéniquée, résultat de l'huile ou de l'alcool phéniqués dont on avait arrosé certaines parties du bandage, soit préventivement, soit pour les désinfecter, lorsque l'odeur en devient incommode pour le malade ou ses voisins. Dans le cas où ce bandage vient à être traversé, on le renforce, comme le fait du reste M. Alphonse Guérin, par quelques plaques d'ouate, mais on y ajoute en outre une bande silicatée. Mais ce qu'il faut en général éviter et reculer pour les dix premiers jours usqu'à la dernière extrémité, c'est la destruction du bandage silicaté ; il ne faut l'enlever que si le malade souffre et si l'on craint un gonflement inflammatoire qui pourrait devenir dangereux. A ce sujet, nous dirons que l'occlusion inamovible doit être tout particulièrement surveillée après les résections articulaires faites pour des lésions chroniques, pour des arthrites fongieuses surtout. Le gonflement du membre qui survient inévitablement, rend ces cas beaucoup moins favorables que les opérations (amputations ou résections) pratiquées sur des tissus sains et non encore enflammés. Dans les cas de résection du coude et de l'épaule pour lésions anciennes et avancées, M. Oilier préfère le pansement qu'il emploie depuis plusieurs années, et qui consiste dans un appareil silicaté, largement fenêtré pour être prêt à tout événement. Il faut alors de l'immobilité, mais de l'occlusion temporaire seulement ; une occlusion trop complète et trop prolongée lui paraît pouvoir favoriser les fusées purulentes au milieu des tissus déjà altérés.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré s'appliquent surtout aux amputations et aux diverses plaies des membres, car pour les plaies du tronc et de la tête les conditions anatomiques sont telles, que l'occlusion inamovible n'est pas applicable, ou du moins ne l'est que d'une manière imparfaite. Pour les plaies du rein, par exemple, l'occlusion

est difficile à cause de la configuration des parties, et l'immobilité est impossible à cause des mouvements respiratoires. On ne peut pas empêcher l'air d'arriver à la plaie au bout de quelques jours, et les malades sont du reste incommodés de l'odeur qu'exhale le pansement. M. Ollier préfère pour ces cas-là le pansement ouaté simple, qu'il renouvelle tous les trois ou quatre jours, suivant l'abondance de la suppuration.

Le maintien du membre dans sa première position est un point très-important ; les mouvements imprimés à la partie malade occasionnent toujours dans la plaie des tiraillements qui produisent la rupture des petits vaisseaux et des adhérences déjà faites, et par cela même amèneront une prédisposition aux décollements et ouvriront une voie aux fusées purulentes.

Nous avons cité un fait qui montre la part de l'immobilité dans l'occlusion inamovible ; nous avons vu la température s'élever, les douleurs revenir, les décollements se produire quand on ne faisait que l'occlusion simple ; nous avons vu et nous avons constaté le retour du calme et un nouvel abaissement de la température dès que l'inamovibilité est venu s'ajouter à l'occlusion. Nous pourrions citer, si besoin était, d'autres exemples qui démontrent la nécessité de l'inamovibilité pour arrêter les douleurs et régulariser les processus réparateurs.

Nous admettons donc que l'immobilité absolue du moignon est de la plus haute importance, et s'il faut mettre des couches épaisses de ouate et faire des pansements rares, c'est autant pour ne pas imprimer des mouvements au membre blessé et ne pas déranger la cicatrisation que pour empêcher l'arrivée des germes infectieux. L'occlusion inamovible n'a pas la même importance à toutes les périodes du travail de cicatrisation. C'est pendant la première période, période de granulation, c'est-à-dire pendant que se font à la surface de la plaie les processus oblitérants, qu'il est indispensable de soustraire les parties divisées au contact des germes infec-

tieux. L'occlusion et l'immobilité sont alors indispensables. Plus tard, lorsque la couche granuleuse est formée, l'occlusion n'est plus nécessaire, l'immobilité suffit. M. Ollier applique alors des appareils silicatés tant que les plaies sont douloureuses et que les tissus sont exposés à des décollements préjudiciables, mais ces appareils sont fenêtrés au niveau de la plaie pour permettre les pansements appropriés.

D'une manière générale, la plaie est déjà recouverte au bout de dix jours environ d'une couche de granulations, et si la suppuration est abondante, il est utile de changer le bandage à cet époque pour éviter la macération des tissus. Pour les amputations, c'est en moyenne au bout de trois semaines qu'il est bon de le renouveler. La plaie est assez oblitérée pour qu'un nouveau pansement soit sans inconvénient. Le malade, débarrassé du pus, toujours plus abondant à la première période, se trouve mieux dans un nouvel appareil. L'occlusion sera plus ou moins longtemps nécessaire, suivant la salubrité du milieu, et l'immobilité sera toujours utile. Ces deux idées du reste ne doivent pas être séparées, et quel que soit le milieu dans lequel se trouve le blessé, elles sont simultanément applicables. Que le malade soit à l'hôpital ou à la campagne, que l'on soupçonne des germes infectieux ou non, la couche épaisse d'ouate rendra toujours un immense service comme coussin protecteur; l'immobilité aura les mêmes avantages dans un milieu salubre, et elle aura plus de chances encore de nous permettre de recourir à la réunion immédiate dont nous allons nous occuper maintenant.

Depuis notre dernière note, nous avons suivi une tentative de réunion immédiate que M. Ollier a faite après une amputation de l'avant-bras chez un jeune homme qu'il n'aurait peut-être pas osé amputer alors qu'il n'avait à sa disposition que les moyens usuels de pansement. Ce malade, âgé de vingt-huit ans, avait depuis un mois des crachats sanguinolents; on entendait des craquements humides aux deux sommets. Il était atteint d'une arthrite suppurée du poignet, oc-

casionnant des douleurs incessantes dues à la formation de nouvelles fusées dans la région palmaire ; il y avait une fièvre continue et des sueurs nocturnes très-abondantes. C'est dans ces conditions que fut pratiquée l'amputation, à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, et le moignon fut traité par l'occlusion inamovible. Le bandage resta en place quinze jours, mais à partir du surindemain de l'opération la température avait baissé sensiblement (38°,6). La plaie avait été suturée avec des fils métalliques. On n'avait pas mis de mèche, mais on avait fait sortir en des points différents les bouts des trois fils qui avaient servi aux ligatures, pour qu'ils permissent au besoin au pus qui se produirait de s'écouler au dehors. Au bout de quinze jours, quand on défit le bandage ; il n'y avait pas de gonflement ; la plaie était réunie dans la plus grande partie de son étendue ; on l'aurait dite même complètement réunie sous les petits trajets des points de suture, qui tombèrent du reste au moment du pansement. La pression sur tout le pourtour du moignon fit à peine sortir deux ou trois gouttelettes de pus. Cette suppuration insignifiante par la quantité continua encore quelques jours. Bien que la réunion par première intention n'ait pas été complète, nous croyons de voir citer ce fait comme un exemple de ce qu'on peut obtenir, même chez les sujets les plus défavorables. Il ne faut pas s'illusionner du reste sur ce que les chirurgiens partisans de la réunion immédiate dans les amputations, entendent par un succès. Après les grandes amputations, il y a toujours un petit trajet purulent venant de l'os, et qui ne se ferme que plus tard. C'est surtout au point de vue de la réunion immédiate que l'addition de l'inamovibilité au pansement ouaté nous paraît d'une absolue nécessité ; le moindre mouvement, le plus petit tiraillement dans la plaie empêche les surfaces saignantes de s'unir et d'adhérer. Il faut donc réaliser autant que possible une immobilité absolue. Nous rappellerons du reste à ce sujet les cas que nous avons cités dans notre première note, relatifs à des amputations des doigts ou des abla

tions de tumeurs des membres, après lesquelles M. Ollier avait obtenu la réunion immédiate en plaçant les parties dans le bandage amidonné. Nous ajouterons seulement un fait récent, dans lequel nous avons constaté la réunion par première intention d'un genre de plaie qui amène toujours une suppuration plus ou moins abondante : il s'agit d'une fracture par arme à feu survenue par la décharge accidentelle d'un pistolet tiré presque à bout portant. La balle vint frapper la première phalange de l'index gauche et le fractura tout près de l'articulation métacarpo-phalangienne. Elle sortit par ricochet en agrandissant l'ouverture d'entrée, de manière qu'il n'y avait qu'une seule plaie. Quand on eut exploré la plaie et qu'on eut acquis la certitude que la balle était ressortie, on mit le membre dans un bandage ouaté silicaté remontant jusqu'à la moitié du bras. Le membre ainsi pansé fut soutenu par une écharpe. Le malade ne souffrit pas du tout et le membre fut maintenu pendant dix-sept jours dans l'appareil. Après cette époque il fut enlevé, et M. Ollier trouva une couche de coton sèche et adhérente à la plaie. Pas de trace d'inflammation, pas de suppuration, pas de douleur. Il ne toucha pas à la plaie, ne fit aucune tentative pour arracher le coton. Nous réappliquâmes un nouvel appareil ouaté silicaté ; douze jours après, nous défîmes de nouveau l'appareil ; même absence de suppuration. Nous enlevâmes alors la croûte de coton qui recouvrait la plaie et nous constatâmes qu'il n'y avait pas l'ombre de suppuration, que la plaie s'était épidermée sous la couche protectrice d'ouate sans donner lieu à une suppuration appréciable. Ce fait, qui n'aurait rien que de très ordinaire pour une plaie des parties molles, est digne d'attention dès qu'il s'agit d'une plaie avec fracture.

Ce fait nous conduit à examiner une autre particularité des plaies traitées par l'occlusion inamovible, qui est aussi intéressante que la réunion immédiate, et qui appartient du reste au même principe physiologique ; c'est l'absence de suppuration appréciable dans certaines plaies non réunies et re-

couvertes de coton. Nous avons vu plusieurs fois, et entre autres, après l'ablation d'une tumeur de la paume de la main, après des plaies contuses avec amputation des doigts, le coton parfaitement sec au bout de quinze jours, ou du moins imbibé de sang et de pus desséchés et intimement adhérent à la plaie. La suppuration ne s'était pas établie d'une manière appréciable sous le bandage inamovible, on aurait dit même au premier abord qu'aucun travail ne s'était accompli depuis le moment de la blessure, mais le travail, quoique masqué par la couche de coton, ne s'en était pas moins accompli. Il s'était fait une couche granuleuse sous-crustacée qui devenait apparente quand on cherchait à enlever le coton durci par le sang et le pus desséchés. On trouvait alors une couche granuleuse rose, vermicille d'un très bon aspect, avec tendance à une cicatrisation rapide, et, sur les bords une épidermisation assez avancée qui s'était opérée sous la couche de coton. Dans les cas de plaie de moyenne étendue, cette cicatrisation sous-crustacée peut se produire et, en enlevant la croûte formée par la ouate desséchée, on observe non-seulement une couche granuleuse de nouvelle formation, mais encore une surface recouverte d'une petite couche épidermoïdale, comme on l'observe habituellement pour les écorchures ou les petites plaies.

Cette diminution et dans quelques cas cette absence de suppuration sont un des résultats de l'immobilité absolue; Bonnet l'avait déjà signalé à propos de cautérisation qu'il pratiquait sous le bandage amidonné. Certaines escharres se détachent alors sans suppuration appréciable. Quand on met simplement le coton autour d'une plaie, quelque épaisse que soit la couche, la plaie est à l'abri de l'air et l'on prévient les accidents infectieux; mais on n'obtient pas cette réunion immédiate ou cette cicatrisation sous-crustacée qui simplifie la réparation des plaies et sont la meilleure garantie contre leurs complications ultérieures. Pour les grandes amputations on n'obtiendrait pas certainement des résultats aussi simples; il y aura toujours une collection de pus plus ou moins

abondante, mais on limitera toujours la suppuration, soit qu'on cherche à l'éviter par la réunion immédiate, soit qu'on bourre la plaie de coton pour en laisser les bords écartés.

Les procédés de pansements des plaies appliqués par certains peuples primitifs, et en particulier par les Arabes, présentent quelquefois des résultats analogues. Ces pansements, bizarres quant à leur composition, dangereux surtout dans leur application empirique, formés de substances emplastiques et solidifiables, font à la fois, dans une certaine mesure l'occlusion et l'immobilité. C'est à ce titre que nous les signalons ici; il faut seulement aujourd'hui substituer à des procédés empiriques et dangereux des pratiques rationnelles. Mettre à l'abri de l'air et immobiliser sont les deux indications essentielles du traitement des plaies: la pratique de M. Ollier n'est que l'application rationnelle et méthodique de ces deux idées.

Nous concluons en disant qu'il nous paraît de la plus grande importance d'ajouter l'inamovibilité au pansement ouaté, si l'on veut remplir toutes les indications que réclame le traitement des plaies. Malgré l'épaisseur de la couche d'ouate et la constriction des bandes, le pansement de M. Alphonse Guérin ne peut pas suffisamment immobiliser les plaies; il faut le compléter par un appareil inamovible. Si l'on veut donc mettre les plaies dans les meilleures conditions de cicatrisation, il ne faut pas se contenter de l'occlusion simple; il faut faire de l'occlusion inamovible.

Gazette Hebdomadaire.

OPÉRATION DE HERNIE ÉTRANGLEE.—LIQUIDE INTESTINAL LIMPIDE, DÉLIRE GUÉRI PAR LES ALCOOLIKES.

Quand nous étudierons l'action de l'alcool dans la pneumonie, nous aurons à nous demander jusqu'à quel point cette action dépend des habitudes alcooliques du sujet.

La même question se présente lorsqu'il s'agit d'un accès de délire que l'alcool a pu calmer, comme c'est le fait chez une

malade opérée dernièrement par M. Richet pour une hernie étranglée.

Voici en peu de mots l'histoire de cette malade, qui a présenté des particularités curieuses à connaître pour le praticien.

Elle était entrée dans le service pour une hernie crurale du côté gauche datant déjà d'un certain temps, qu'elle contenait habituellement avec un bandage, et qui s'était récemment étranglée. Du volume d'un œuf, marronnée et dure, cette hernie ne put être réduite par le taxis, et M. Richet allait procéder à l'opération, lorsqu'on lui proposa d'essayer l'effet d'une ponction aspiratrice à l'aide de l'appareil de M. Dieulafoy. Comme ce genre de ponction a peu d'inconvénients, et comme on en a récemment venté les grands avantages, M. Richet consentit à en faire l'essai.

Une aiguille creuse fut enfoncée dans la tumeur, et elle donna d'abord issue à quelques gouttes de sérosité sanguinolente, provenant évidemment du sac herniaire; puis quand cet écoulement fut tari, en faisant pénétrer l'aiguille un peu plus loin, on retira, cette fois, un liquide bien différent du premier, filant et poisseux, semblable par la consistance à du sirop de sucre, assez limpide et absolument sans odeur.

Ces caractères empêchèrent, au premier instant, M. Richet de croire que ce liquide pût provenir de l'intestin, et, assez intrigué, il laissa cette malade, après avoir prescrit quelques cuillerées d'eau de Sedlitz à administrer de temps en temps pour provoquer des contradictions intestinales, et après avoir fait, dans le même but, recouvrir de glace la tumeur herniaire. Il espérait que cette tumeur, dont le volume avait diminué de beaucoup par la ponction aspiratrice, pourrait peut-être rentrer d'elle-même, et sachant que le taxis réussit rarement dans les hernies crurales, il avait d'autant moins de tendance à insister sur cette pratique, qu'il voulait laisser aux piqûres possibles de l'intestin le temps de se refermer complètement avant de soumettre cet organe à une pression un peu forte.

La hernie ne se réduit pas, les vomissements fécaloïdes persistent, et le lendemain matin il était évident que l'opération devenait urgente.

Avant de la faire, M. Richet dit aux assistants que, après y avoir réfléchi, il s'était persuadé que le liquide filant, extrait en second lieu la veille par la ponction aspiratrice, était un liquide intestinal.

L'absence d'odeur fécaloïde, la limpidité relative, ne pouvaient prouver le contraire, car dans une anse intestinale isolée du tube digestif par un étranglement qui l'aurait surprise alors qu'elle était complètement vide, il devait se faire, sous l'influence de l'irritation, une sécrétion qui, n'étant nullement mélangée avec les détritrus de l'alimentation, ne devait ressembler en rien aux matières fécales.

S'il en était ainsi, rien ne devenait plus facile à expliquer que la succession de deux liquides : l'un contenu dans la cavité du sac herniaire et qui avait un aspect sero-sanguinolent ; l'autre renfermé dans la cavité de l'anse intestinale isolée par l'étranglement, et qui était filant et onctueux comme une sécrétion glandulaire ou muqueuse.

Que faudrait-il supposer autrement ? La préexistence d'un kyste ? Mais la malade s'en serait sans doute aperçue, et puis aux dépens de quoi ce kyste se serait-il développé ? D'un ganglion lymphatique ? Dans l'espèce, c'était chose assez peu probable.

Tout conduisait donc à admettre que la ponction, en devenant un peu plus profonde, avait pénétré dans la tumeur intestinale et l'avait vidée.

Il y aurait eu peut-être quelque chance de faire rentrer l'intestin si on eût pratiqué le taxis avec une certaine force immédiatement après la ponction, alors que la tumeur était réduite au plus petit volume. Mais maintenant il ne s'agissait plus que d'opérer sans aucun retard.

M. Richet saisit cette occasion de bien faire comprendre des élèves chacun des temps qui se succèdent dans l'opéra-

tion d'une hernie crurale étranglée. Voici le résumé de sa démonstration ;

“ On ne sait jamais d'avance, en pareil cas dit-il, à quel niveau siège l'étranglement ; si c'est au niveau du fascia cruraliforme ou du ligament de Gimbernat. Peu importe, du reste, puisque le principe est de débrider sur le point qu'on trouve étranglé, quel qu'il soit. On n'est pas, non plus, bien certain d'avance de trouver un sac proprement dit. L'important est donc de procéder avec assez de prudence pour ne pas s'exposer à blesser l'intestin. La peau doit être soulevée en un large pli, et ce pli doit être traversé à sa base par le bistouri, dont le tranchant regarde en haut, de telle sorte que la section de la peau soit achevée de la face profonde à l'extérieur. Lorsque la tumeur est ainsi mise à découvert, il faut examiner avec soin ce qui se présente. Ici, ce n'est pas l'intestin, mais la paroi du sac. Un point de cette paroi étant soulevé avec des pinces et fendu, on passe une sonde cannelée par cette ouverture, qui livre passage à un peu de sérosité sanguinolente, semblable à celle qui s'écoula en premier lieu par la ponction aspiratrice avec l'appareil Dieulafoy. Maintenant que le sac est divisé dans toute sa longueur, nous sommes en présence de l'anse intestinale étranglée, dont la surface est d'un rouge violacé. Sur cette surface, on remarque un point qui ressemble à une ulcération superficielle ; c'est sans doute par là que l'aiguille a pénétré hier. Il s'agit à présent de trouver le point où siège l'étranglement. Il est assez superficiel. Nous débridons largement en bas, et, après ce débridement, l'ouverture se trouve assez large pour qu'il soit possible d'introduire par là le doigt dans le ventre. Pourtant comme l'intestin est un peu altéré et qu'il est bon de ne pas avoir à le presser beaucoup, nous débridons également en haut, et l'intestin rentre sans peine. Il ne reste plus qu'à rapprocher les bords de la plaie externe par quelques éringes.”

Les suites de l'opération furent très-heureuses : les vomissements cessèrent, les matières fécales reprirent leur cours.

Mais, le lendemain, il s'était produit une complication qui effrayait beaucoup les personnes de service : la malade était en plein délire ; cependant le pouls était calme, la peau fraîche ; et, constatant qu'on obtenait encore des réponses sensées par des questions courtes et précises, en un mot qu'on avait affaire à une forme de subdélirium qui d'ordinaire ne se rencontre pas dans le délire inflammatoire. M. Richet fit mettre cette malade au vin opiacé, convaincu qu'elle devait avoir des habitudes alcooliques.

Le vin opiacé calma le délire ; mais la femme nie énergiquement qu'elle soit adonnée à l'usage des liqueurs fortes. Jamais, dit-elle, elle n'a bu d'eau-de-vie, ni d'alcool sous aucune forme, à peine lui arrive-t-il de boire un verre ou deux de vin par mois.

Est-ce néanmoins le cas de répéter le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

DR. VICTOR REVILLOUT.

Gazette des Hôpitaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL.

Séance du 7 Aout 1872.

Présidence du Dr. J. E. Coderre.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Proposé par le Dr. A. Meunier, secondé par le Dr. P. E. Plante, que les Drs. L. A. Fortier, (de St. Clet) et F. Filiatrault, (de St. Alexandre) soient admis membres actifs.—Adopté.

La discussion de l'acte médical projeté étant à l'ordre du jour, les Drs. J. P. Rottot, H. G. Bibaud, L. A. Fortier et autres y prennent part.

Il est ensuite proposé par le Dr. J. P. Rottot, secondé par le Dr. F. Perrault, que la Société Médicale est d'opinion que le principe de l'acte médical projeté tendant à mettre l'éducation classique et médicale sous le contrôle du gouvernement fédéral doit être rejeté.—Adopté à l'unanimité.

Proposé par le Dr. P. E. Plante, secondé par le Dr. L. Quintal, qu'un comité, composé des Drs. J. P. Rottot, F. X. Perrault, G. Grenier, du moteur et secondeur, soit formé pour préparer les amendements nécessaires pour rendre l'acte médical projeté acceptable à la province de Québec.—Adopté.

Sur proposition du Dr. A. Meunier, secondé par le Dr. A. Laramée, il est résolu de convoquer une séance spéciale, mercredi, le 14 août, à 8 h. p. m., pour recevoir le rapport du comité chargé de l'examen de l'acte médical projeté.

Le Dr. L. Quintal donne avis qu'il proposera à la prochaine séance les Drs. F. L. Palardy, (de St. Placide) et C. Fafard (de Montréal) comme membres actifs.

Le Dr. A. Laramée donne avis qu'il proposera les Drs. J. G. Bibaud et A. B. Craig (de Montréal) comme membres actifs.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,
Sec.-Trés. S. M.

Séance du 14 Aout 1872.

Présidence du Dr. J. E. Coderre.

Officiers présents : Drs. J. W. Mount, O. Bruno, L. J. P. Desrosiers, G. Grenier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Proposé par le Dr. A. Laramée, secondé par le Dr. Ed. Mount, que les Drs. J. G. Bibaud, et A. B. Craig, de Montréal, soient admis membres actifs.—Adopté

Sur proposition du Dr. L. Quintal, secondé par le Dr. P. E. Plante, les Drs. F. L. Palardy, de St. Placide, et Charles Fafard, de Montréal, sont admis membres actifs.

Le Dr. J. P. Rottot présente le rapport du comité nommé à la séance précédente pour préparer les amendements nécessaires, afin de rendre l'acte médical projeté, acceptable à la Province de Québec. Plusieurs clauses de ce rapport sont prises en considération, discutées et adoptées avec quelques amendements.

Sur proposition du Dr. L. J. P. Desrosiers, secondé par le Dr. F. X. Perrault, il est résolu de continuer à la prochaine séance l'examen de ce rapport.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,
Sec.-Trés. S. M.

Séance du 21 Aout 1872.

Présidence du Dr. J. G. Bibaud.

Officiers présents : D. A. Ricard, C. Dubuc, G. Grenier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Le Dr. J. P. Rottot continue la lecture du rapport du comité chargé de préparer les amendements nécessaires afin de rendre l'acte médical projeté acceptable à la province de Québec. Toutes les clauses de ce rapport sont prises en considération, discutées et adoptées.

Il est ensuite proposé par le Dr. A. Ricard, secondé par le Dr. A. Laramée, et résolu qu'une séance spéciale soit convoquée jeudi le 5e jour de Septembre prochain à 2 h. p. m., dans les salles de l'école de médecine, pour la considération finale des amendements proposés à l'acte médical projeté et que, vû l'importance du sujet qui affecte les intérêts de tous les membres de la profession médicale de la province de Québec, tous les médecins de la ville et de la campagne ne faisant pas partie de la Société soient instamment priés d'assister.

Le Dr. A. Laramée donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr. J. M. LeCavalier (de St. Laurent) comme membre actif.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,
Sec.-Trés. S. M.

LA LOI DE VACCINATION EN EUROPE.

(Du *Lond. Med. Times.*)

Le débat de mercredi sur la question de la limitation des amendes, pour négligence ou infraction à la loi de la vaccination compulsoire, attirera encore l'attention publique sur la question de l'opportunité d'infliger une amende et un emprisonnement, pour négligence de la vaccination. On se rappellera que dans ce journal, le principe de la vaccination compulsoire a toujours été admis ; mais nous avons pensé qu'il est de notre devoir de supporter le système de vaccination compulsoire plutôt en créant des disqualifications sur les non vaccinés qu'en recourant au mode plus rude de l'infliction pénale. Le premier mode de promouvoir la vaccination ne porte aucune ressemblance avec la persécution, le second le fait. Le premier fournit un thème aux agitateurs et aux demagogues ; tandis que personne ne peut se plaindre que des individus qui ne possèdent aucune immunité contre la petite vérole, et qui peuvent la communiquer aux autres, ne soient pas tolérés dans les écoles, dans les services publics ou dans les professions, les fabriques ou les ateliers.

La négligence du système d'instituer des disqualifications politiques et sociales pour les personnes non vaccinées met le gouvernement dans la nécessité d'avoir recours au système pénal, et conséquemment les lois anglaises sur la vaccination égalent en sévérité celles d'aucun autre code étranger. De fait, le témoignage d'efficacité de tout système de législation, ce sont ses effets pratiques ; et si l'événement prouve que le système pénal est celui qui confère le plus d'immunité contre la variole, aucun doute que tout autre doit être mis de côté et qu'il doit être adopté. Mais si une immunité égale peut être obtenue par le système des disqualifications, ou par un système mixte, comme en Prusse où les disqualifications sont le premier engin coercitif, et où les pénalités sont rarement mises en vigueur, jamais, et disons nous,

excepté dans le cas de petite vérole chez un enfant non vacciné le système coercitif ne doit avoir le pas sur le système de compulsion indirect par disqualification.

Il n'y a aucun doute qu'en Angleterre le moyen de faire naître une secte est de poursuivre à son égard, un plan qui puisse être stigmatisé comme une persécution ; et c'est parce que nous pensons que la vaccination est un grand bienfait pour l'humanité et doit être universelle, que nous craignons l'effet d'un trop grand zèle dans la voie des punitions.

Afin de mettre devant nos lecteurs un rapport fidèle de l'état de la vaccination dans les pays étrangers, nous nous sommes mis en communication avec les représentants de la plupart des gouvernements européens, et nous avons obtenu d'eux des informations contenues dans ces notes. Nous avons beaucoup de plaisir à accuser réception des informations précises, touchant les lois de la vaccination en Allemagne, du Dr. Muller, directeur-général de la vaccination à Berlin, et nous procéderons maintenant à reproduire la substance de ses communications.

Suivant la loi prussienne, les enfants doivent être vaccinés dans leur première année. La pénalité dans le cas de contravention est appliquée seulement lorsque les enfants, qui n'ont pas été vaccinés dans leur première année, sont atteints de petite vérole.

Les directeurs des écoles, les chefs d'ateliers, les manufacturiers et les autres employés sont requis d'obtenir des preuves, que les personnes qui se présentent à eux pour l'éducation, ou pour entrer à leur service ont été vaccinés.

Les personnes qui recherchent pour leurs enfants, ou pour ceux qui sont confiées à leur soin, l'admission dans aucune institution publique, rencontrent un refus s'ils ne peuvent fournir des preuves que ces jeunes gens ont été vaccinés.

La vaccination est sous les soins et le contrôle des autorités municipales ; et personne, excepté les médecins et chirurgiens licenciés comme praticiens généraux, n'ont droit de vacciner, et ceux-ci ne peuvent le faire qu'en suivant strictement les

indications publiées, lesquelles indications leur enjoignent de ne prendre la matière vaccinale que chez les enfants parfaitement sains. Les médecins sont obligés de fournir à la police, à chaque quartier, une liste soignée des noms de ceux qu'ils peuvent avoir vaccinés dans leur pratique privée.

Pour pourvoir à la vaccination des individus qui sont reconnus non vaccinés, une vaccination publique générale a lieu, chaque année, ou plus souvent, si les circonstances le requièrent, dans les différents districts provinciaux, et spécialement dans ceux où la vaccination n'est pas continuellement pratiquée. Si, nonobstant ceci, les enfants demeurent non vaccinés jusqu'à la fin de leur première année, sans cause raisonnable, et qu'ils soient ensuite atteints de petite-vérole, leur parents ou tuteurs, en conséquence du danger d'infection ainsi causé, sont sujets à une pénalité pour leur négligence. La pénalité est une amende dont le montant est laissé au jugement des autorités de police.

La petite-vérole se déclare-t-elle dans une maison, une enquête soigneuse est faite pour s'assurer s'il n'y a là aucune personne sujette à l'infection et s'il y en a, elles sont vaccinées aussitôt que possible. Dans le cas d'une plus grande extension de la petite-vérole, tous les autres habitants sont prévenus du danger et requis de faire vacciner le plus tôt possible tous ceux qui, étant dans leur dépendance, sont sujets à l'infection ; à laquelle fin, des arrangements nécessaires sont pris par le département médical de la police ; et lors que requise, la vaccination compulsoire est effectuée.

L'opposition à la vaccination est rare en général et est faite seulement par les partisans de l'homéopathie. Lorsque la vaccination est négligée, la chose est due ordinairement au manque de soin de la part des parents. Les lois de la vaccination diffèrent légèrement dans les différents Etats d'Allemagne, mais, pour la plus grande partie, elles sont essentiellement les mêmes qu'en Prusse. Seulement en Bavière la loi est plus sévère.

La revaccination n'est pas prescrite par la loi, mais les ré-

lements gouvernementaux la recommande et dans les pensions qui sont liées avec les institutions d'éducation publique. Les élèves ne sont admis qu'à la condition d'avoir été vaccinés depuis deux ans. La revaccination des soldats, en entrant dans l'armée, est compulsoire.

Aucun cas d'enfant vacciné forcément contre le gré de ses parents n'est venu à la connaissance du Directeur-Général de la vaccination ; et le Dr. Muller dit qu'il est rarement possible qu'il puisse y avoir aucun adulte en Prusse qui n'ait pas été vacciné. D'un autre côté, il arrive souvent que les enfants demeurent non vaccinés jusqu'à l'âge où ils sont envoyés à l'école, de la moitié de ceux qui meurent dans les épidémies de petite-vérole sont des enfants non vaccinés.

CORRESPONDANCE PARISIENNE.

HOTEL-DIEU DE PARIS.

Cet hôpital a été fondé en 660 : ses dimensions ont été augmentées à diverses époques suivant les besoins de la population.

Il contient aujourd'hui 834 malades auxquels huit médecins et trois chirurgiens donnent leurs soins, régulièrement tous les jours.

Il y a clinique chirurgicale à l'amphithéâtre tous les mardis, jeudis, samedis, et clinique médicale tous les lundis, mercredis et samedis. Ces cliniques sont données sans interruption durant toute l'année. Dans les quinze autres grands hôpitaux de Paris il y a chaque semaine une ou deux cliniques.

De plus tous les médecins et chirurgiens font aux lits des malades des observations cliniques d'une très-grande importance pratique, que les élèves s'empressent de recueillir et d'annoter.

Dans chaque service de chirurgie, il y a 3 et même 4 internes et autant d'externes.

Les devoirs de ces MM. sont de remplacer leurs chefs

dans les cas pressants, tels que hémorragies, fractures, dislocations, et toutes les complications qui demandent une intervention prompte.

De plus ils ont à faire tous les jours le pansement, les applications d'appareils, à prendre la température et l'état du pouls des malades, aux diverses heures de la journée.

Les internes et les externes changent d'hôpital une ou deux fois par année, de sorte qu'ils profitent ainsi des leçons de plusieurs chefs.

Ces places d'internes et d'externes ne s'obtiennent que par concours. Pour ceux qui veulent, un jour, parvenir au professorat, le concours à l'externat est le premier d'une série de concours dont le dernier n'a lieu qu'après dix ou quinze années d'un travail incessant.

Étant données de telles épreuves, il est facile de se faire une idée de la somme de connaissances que possèdent ceux qui parviennent. Il n'y a quelquefois que 3 ou 4 candidats pour chaque place vacante, d'autres fois il y en a une dizaine.

M. Le professeur Richet est aujourd'hui arrivé à l'apogée des honneurs comme chirurgien. Après avoir passé par plusieurs hôpitaux, il occupe actuellement la chaire de clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu. Il possède à fond son anatomie, il a un œil exercé, une main sûre, un jugement sain, il réunit en un mot toutes les qualités qui font le vrai chirurgien. M. Richet est l'auteur d'un " traité d'anatomie médico-chirurgicale " que doit étudier tout homme qui s'occupe de chirurgie.

Permettez, MM. les rédacteurs, qu'après ces quelques observations, je vous donne un compte rendu de la clinique et des opérations faites le 18 juin par M. le professeur Richet.

Un homme de 40 ans à tempérament sanguin, est apporté à l'hôpital avec une fracture compliquée des deux os de la jambe gauche. Vu le gonflement considérable du membre, on le met sur un coussin résistant et on applique autour un bandage compressif au moyen de la ouate et des bandes de coton.

Malgré une hémorrhagie assez forte survenue immédiatement après l'accident, M. Richet prescrit cependant une saignée abondante, dans le but d'empêcher les complications d'érysipèle et d'angioleucite si fréquentes et si fatales dans cet hôpital à la suite des fractures de ce genre ; il fait observer que, règle générale, les chirurgiens négligent trop les saignées.

On ne se hâte pas ici d'appliquer les appareils à fracture, on attend même souvent jusqu'au huitième jour c'est-à-dire jusqu'à ce que les premiers symptômes inflammatoires aient disparu.

M. X, âgé de 50 ans, a subi en février dernier 2 ou 3 séances de lithotritie. Les calculs étaient très difficiles à saisir, car la vessie présentait des colonnes charnues entre lesquelles les pierres étaient comme cachées. Il fallait pour les saisir mettre le malade sur le côté.

L'urine était retenue dans la vessie de ce malade par la valvule vésicale très développée et tirée en haut par les colonnes charnues ; inutile donc de faire de nouvelles séances de lithotritie puisque le patient ne pourrait expulser les fragments de la pierre.

À la suite de la lithotritie il s'est développé un cystite aigue, puis des douleurs, des contractions, des spasmes, et il est impossible de différer plus longtemps l'opération de la taille, sans exposer ce malade à des complications qui pourraient amener sa mort.

Je ferai, dit M. Richet, la taille bilatérale 1^o. afin de diviser la prostate sur deux points, et 2^o. afin de diviser en même temps la valvule qui fait obstacle au passage de l'urine.

Jé ferai à 6 ou 7 millimètres en avant de l'anüs une incision demi courbe que jé prolongerai jusqu'au bec de la prostate en avant de laquelle je perforerai l'urètre.

L'index de la main gauche doit être introduit et maintenu dans le rectum durant tout le temps de l'opération.

Le pouce gauche suit le bistouri dans la plaie. C'est M. Nélaton qui a indiqué et mis en usage ce procédé opératoire,

aussi on lui a donné le nom de taille prérectale de Nélaton. Le grand avantage de ce procédé opératoire, c'est de se tenir à la distance voulue du rectum et de plus, d'éviter sûrement le bulbe de l'urètre.

Chose étonnante, Dupuytren ignorait l'extrême importance de ne pas blesser le bulbe et d'éviter par cette précaution les dangers de la phlébite et de l'infection purulente, etc., etc.,

Le lithotome double de Dupuytren ne doit pas être ouvert à plus de 30 millimètres, afin de ne pas dépasser les limites de la prostate et de ne pas blesser les plexus périvésicaux et prostatiques. Après avoir ainsi rappelé aux élèves quelques-unes des règles les plus importantes à observer pour bien faire une lithotomie, M. Richet procède à l'opération de la taille bilatérale, mettant strictement en pratique les préceptes qu'il vient de donner.

Il retire trois pierres grosses comme des noisettes.

La vessie présentait en outre plusieurs incrustations calcaires, que l'opérateur se donna bien garde de toucher, de peur de déterminer de l'inflammation.

Après l'opération de la taille, M. Richet enlève une tumeur du sein. Il fait de longues incisions; obéissant aux règles de la prudence, il enlève plus que moins des tissus environnants. M. Richet introduit dans un vaste kiste du foie un tube de près d'un pouce de diamètre. Une quantité considérable d'un liquide infecte sort par ce tube, de plus de large grumeaux, même des membranes qui tapissaient évidemment les parois de cette cavité. Grâce à cette intervention énergique et hardie, ce malade guérira très probablement d'une maladie qui devait le conduire à la mort.

Les diverses thoracentèses que j'ai vues faire, deux plaies pénétrantes de l'abdomen avec hernies du grand kiste épiploon qui sont guéries, cette ponction du kiste du foie prouve que, dans les cas graves, il ne faut pas trop craindre de pénétrer dans ces grandes cavités, pour chercher à sauver la vie des malades.

Relativement à la lithotomie je crois devoir ajouter que, quoi

que la taille prérectale soit adoptée par presque tous les chirurgiens des hôpitaux de Paris (je l'ai vue pratiquer trois fois dans la même semaine par trois chirurgiens différents) cependant M. Dolbeau, professeur de chirurgie à l'école de médecine, se sert d'un procédé qui est peut-être destiné à renverser tous les procédés en usage aujourd'hui.

Ce procédé consiste à faire dans la portion membraneuse de l'urètre, une simple ponction, et ensuite à dilater, au moyen d'un instrument inventé à cet effet, la portion du canal qui conduit à la vessie.

En un mot, à faire chez l'homme comme on fait chez la femme, lorsqu'on extrait les calculs par l'urètre dilatée.

Si l'on tient compte de la facilité avec laquelle on brise à présent les pierres avec les instruments perfectionnés, ainsi que de l'innocuité d'une simple ponction du canal de l'urètre, sans toucher le col de la vessie ni la prostate, excepté avec le dilateur, on sera tenté de croire que cette méthode prévaudra avant longtemps, du moins pour l'extraction de certains calculs. L'expérience aura bientôt décidé la question.

A. T. BROUSSEAU.

GRAVELLE PILEUSE.

M. le docteur Debout nous transmet deux observations très-intéressantes de gravelle pileuse qu'il a recueillies à Contrexéville, et qui, ainsi qu'il le dit justement à la fin de sa communication, apportent des éléments à l'étude d'un phénomène pathologique qui attend encore son explication.

Voici la note de notre confrère :

Les faits de gravelle pileuse sont rares, et quoique depuis Hippocrate bien des auteurs aient parlé du trichiasis des voies urinaires, aucune théorie n'est encore admise pour expliquer la présence des poils expulsés avec l'urine. En effet, si Rayer, dans son mémoire présenté à la Société de biologie en 1850, conclut à l'existence du trichiasis, M. le professeur Broca explique un nouveau fait présenté par lui le 17 juin

1868 à la Société de chirurgie par un kyste fœtal en communication avec les voies urinaires en exprimant un doute sur l'existence du trichiasis et en se demandant si tous les cas du même genre ne son pas des pilimictions fœtales.

Nous pensons que les deux faits qui vont suivre ne peuvent pas permettre une pareille interprétation, et sans vouloir en donner une explication que, dans l'état actuel de la science, il nous serait impossible de fournir, nous allons les relater en mentionnant toutefois préalablement l'opinion de Bichat, qui dans son *Anatomie générale*, dit ceci : " Quelquefois, il se forme des poils à la surface interne des muqueuses. On en a vu dans la vessie, l'estomac et les intestins. J'en ai trouvé sur des calculs du rein.

OBSERVATION I. — M. G..., homme de 52 ans, vigoureux et bien constitué, vient à Contrexéville, en 1870, pour la première fois. Ce malade se plaint de maux de reins datant de deux ans et devenus presque continuels. Il expulse avec les urines du sable urique mêlé à des poils de grosseur et de couleur variables. Contrairement aux cas cités par Rayer et à celui qui va suivre, l'acide urique n'adhère pas à ces poils. Le malade, qui a été frappé de ce dépôt, en a recueilli une assez grande quantité, en petits paquets séparés, et nous les présente avec la date de l'émission des produits pathologiques.

Soumis à l'usage progressif de l'eau de Contrexéville en boissons, en bains, puis en douches rénales, il expulsa, pendant les huit premiers jours de son séjour dans cette station une certaine quantité de poils mêlés à de l'acide urique que nous pûmes facilement recueillir.

Après ces huit jours, les poils disparurent, ainsi que les maux de reins, et le malade, qui appartenait à l'armée, ne revint plus à Contrexéville depuis cette époque.

Nous avons, ainsi que plusieurs de nos confrères, examiné les poils rendus par ce malade ; ils étaient pourvus de leur bulbe et ne présentaient rien de particulier.

OBSERVATION II.—M. C..., âgé de 46 ans, homme nerveux et bien constitué, est venu, il y a 14 ans, à Contrexéville pour

la première fois à la suite de plusieurs crises néphrétiques et de quelques légers accès de goutte articulaire. Il y suivit pendant quatre années, un traitement hydrominéral, et expulsa, sous l'influence de sa dernière cure, une petite masse dure du volume d'un poids formé d'un magna de poils et de sable urique, Il avait antérieurement rendu, avec le sable qui abondait dans ses urines des poils isolés, mais n'y avait point fait attention, pensant que ces poils venaient du pubis ; mais alors que son attention eut été éveillée par l'expulsion de la petite boule dont nous venons de parler, il remarqua que les poils du pubis flottaient sur l'urine, tandis que les poils de la vessie étaient déposés au fond du vase. Il ne nous a pas été donné de vérifier cette assertion du malade.

A la suite de ces quatre saisons, le malade passa sept années sans ressentiment de goutte ni de coliques néphrétiques : il émit cependant encore du sable, et avec ce sable quelques poils dans les urines.

Revenu à Contrexéville en 1869 pour y rétablir son estomac, qui, depuis la mort de sa femme, survenue en 1866, était affectée de dyspepsie, et sur lequel, lors de ses premières visites, l'eau du Pavillon avait eu un effet salulaire, il y obtint le résultat qu'il désirait et partit guéri : mais, au bout de quatre mois, le mal revint. Après une deuxième cure faite en 1870, dix mois se passèrent sans souffrances, malgré les pénibles émotions qu'amenèrent la guerre et l'occupation de sa résidence. Une troisième saison, en 1871, laisse espérer une guérison définitive.

Les coliques néphrétiques n'ont plus reparu ; le malade a toujours continué à rendre, de loin en loin, un peu de sable et quelques poils. Une fois entre autres, le malade expulsa, non sans une vive douleur dans le canal, un poil qui présentait, dit-il, l'aspect d'un chapelet dont les grains étaient formés d'acide urique.

Tels sont les faits qu'il nous a été donné d'observer, et, nous le répétons sans pouvoir en donner l'explication, nous doutons fort que celle de M. le professeur Broca, la pilimic-

tion fœtale, et même l'opinion de Bichat, la formation de poils sur les muqueuses, puissent, dans ces deux cas, expliquer cette émission abondante de poils avec les urines. Aussi nous sommes-nous simplement proposé d'apporter des éléments à l'étude d'un phénomène pathologique qui attend encore une interprétation satisfaisante.

(Gazette des hôpitaux.)

DES DIVERSES FORMES D'ASPHYXIE.

AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE-

Par M. le docteur LEVEN

I

Nous avons publié, il y a un an, quelques résultats de nos expériences sur la ligature de la trachée, et nous en avons fait le sujet d'une communication à la Société de biologie.

Nous nous proposons aujourd'hui de reprendre ce sujet et de publier les applications de ces études physiologiques aux diverses questions de l'asphyxie par pendaison et par submersion, en même temps que nos expériences sur l'action du gaz acide carbonique dans le sang.

Nous avons, dans notre première publication, dit que si on applique un fil autour de la trachée d'un animal, et qu'on le serre très légèrement, sans gêner le passage de l'air et des gaz exhalés par le sang, on observe immédiatement une diminution du nombre des mouvements respiratoires, et que ce nombre baisse de 60 à 45 par minute par exemple.

Et nous avons observé sur plusieurs animaux, des lapins et des cochons d'Inde, qu'en serrant brusquement la trachée avec un fil de manière à l'oblitérer on peut produire la mort immédiate, précédée de deux ou trois secousses convulsives seulement généralisées. Cette expérience ne réussit pas toujours ; nous avons constaté le même fait en essayant d'introduire dans la trachée une canule trop étroite ; la trachée en se rompant brusquement, était la cause de la mort immédiate précédée de quelques mouvements convulsifs.

J'ai essayé de reproduire les mêmes expériences en sectionnant au préalable les deux nerfs pneumogastriques et en liant ensuite la trachée. Dans ce cas, la mort ne survient que peu à peu, par le fait de l'empoisonnement du sang par l'acide carbonique. L'animal s'asphyxie peu à peu, les battements du cœur se ralentissent, les muqueuses noircissent, et l'animal ne succombe qu'au bout d'une minute environ.

Dans ce dernier cas on peut même, quand il est frappé de mort apparente le faire revenir à la vie en déliant la trachée.

Dans la première série des expériences, lorsque le pneumogastrique était respecté, la ligature de la trachée déterminait une mort irrévocable. Après la section du pneumogastrique, je pouvais le ressusciter en déliant la trachée.

La diminution dans le nombre des mouvements respiratoires lorsqu'on serre faiblement la trachée au moyen d'un fil, la mort immédiate que l'on voit survenir quelquefois par une ligature forte, me paraissent devoir s'expliquer par l'excitation faible ou forte de la périphérie du nerf pneumogastrique.

Ces expériences donnent des résultats qui ont de grandes analogies avec ceux de l'électrisation du bout central du pneumogastrique.

Une électrisation faible du bout central du nerf pneumogastrique détermine un ralentissement de la respiration et non une accélération, comme le disait Traube. Une électrisation forte peut tuer l'animal sur le coup en arrêtant la respiration et les battements du cœur. Dans ces divers genres de mort, le poumon et le cœur conservent leur couleur rose.

L'influence sur la respiration de la ligature de la trachée est indépendante de toute émotion ou excitation cérébrale due à l'expérience ; car si on serre le fil enroulé autour de la trachée assez pour que l'échange des gaz soit profondément troublé et que l'animal tombe dans le coma produit par une asphyxie incomplète, on peut diminuer ou augmenter instantanément le nombre des mouvements respiratoires en serrant légèrement la ligature ou en la desserrant ; on peut même

arrêter la respiration et les battements du cœur tout d'un coup en serrant la ligature brusquement, de manière à oblitérer la trachée.

II

Ces expériences peuvent nous rendre compte de phénomènes qui accompagnent la mort par pendaison.

On a publié des autopsies d'individus et d'animaux qui ont été pendus (1). La mort par pendaison peut être déterminée par luxation des vertèbres cervicales; elle peut être due à l'empoisonnement par l'acide carbonique; mais les faits que rapporte Brown-Séguard ne rentrent pas dans ces catégories.

Les poumons et le cœur avaient leur coloration rosée et ne ressemblaient en rien à ce que l'on trouve dans les cas d'asphyxie par acide carbonique. La mort paraît se rattacher alors aux mêmes causes qui, dans nos expériences, l'ont amenée à une ligature forte de la trachée.

Nous avons vu, chez les animaux tués par ligature, que le cœur et les poumons avaient une coloration rouge.

La mort chez les paralytiques qui succombent durant un repas peut être rangée dans la même catégorie. Duchenne (de Boulogne) nous a dit avoir vu mourir de la même manière des individus atteints de paralysie labio-glosso laryngée.

Les morts subites survenues durant l'opération de la trachéotomie (et les auteurs en ont signalé un certain nombre) méritent également d'être rappelées.

Lorsqu'on plonge des animaux comme le cabiai sous l'eau, et nous avons répété cette expérience plusieurs fois, ils ne meurent pas empoisonnés par l'acide carbonique, si on a soin de les tenir sous l'eau; on voit que les animaux ne font que deux ou trois respirations et meurent ensuite.

L'autopsie permet de constater que les poumons et le cœur ont conservé leur coloration rose.

Beau avait déjà fait cette observation.

(1) T. I, *Journal de physiologie*. Brown-Séguard, no. 822.

Si, au contraire, l'animal peut remonter de temps en temps au-dessus de l'eau pour respirer de l'air, il absorbe de l'oxygène, la respiration continue, ainsi que le battement cardiaque ; mais il s'asphyxie peu à peu par l'acide carbonique ; la mort arrive progressivement, et le cœur et les poumons deviennent noirs par l'acide carbonique en excès.

La submersion paraît donc comme la pendaison, pouvoir déterminer la mort par syncope, comme le montrent les premières expériences, ou bien par empoisonnement du sang, si l'animal ne reste pas plongé sous l'eau.

On a signalé des individus noyés qui ont pu être rappelés à la vie un grand nombre d'heures après la noyade ; d'autres qui meurent rapidement après la submersion.

N'est-ce pas à ces diverses causes physiologiques de la mort qu'il faut rapporter ces différences dans les résurrections ?

Comment expliquer la syncope dans la submersion des animaux que l'on tient sous l'eau ?

Pourrait-on dire que l'oxygène ne pouvant plus pénétrer dans les organes respiratoires, le bulbe cesse d'être excité se paralyse, et de là arrêt du cœur et des poumons ?

Et dans les cas de ligature forte de la trachée, n'est-ce pas l'excitation trop forte de la périphérie du pneumogastrique qui se transmettant au bulbe, le paralyse ?

En résumé, la mort par asphyxie comprend plusieurs ordres de causes ; tantôt elle est due à des phénomènes purement nerveux, et alors elle peut être considérée comme mort par syncope ; d'autres fois elle est due à des actions chimiques, à l'empoisonnement par les acides carboniques.

On comprendra qu'il importe, pour le pronostic et le traitement de ces divers genres d'asphyxie, de bien en connaître la physiologie pathologique.

LE CANCER COMME SOUCHE TUBERCULEUSE : M. BURDEL.

Paris, le 18 Juillet 1872.

La publication (1) que M. le docteur Burdel a récemment présentée à l'Académie est le complément d'un travail sur lequel Vigla avait fait en 1870 un rapport qui montrait l'importance des documents recueillis par l'auteur.

La méthode adoptée par M. Burdel et l'originalité des conclusions qu'il a déduites de ses recherches persévérantes, nous imposent le devoir de consacrer à ce petit livre une analyse dont nous ne regretterons pas l'étendue, si elle contribue à provoquer des recherches analogues à celles dont l'auteur offre un modèle.

Le docteur Burdel, étudiant à Vierzon l'étiologie de la phthisie chez ses malades, a été frappé de la fréquence de l'existence du cancer chez les parents non tuberculeux ayant donné naissance à des enfants tuberculeux. Poursuivant ses études pendant vingt-sept années de pratique dans un pays où il succédait à son père, et pouvant établir rigoureusement les antécédents des familles, il est arrivé à des résultats remarquables, autant par la précision des observations que par les conclusions qu'il en a déduites.—Nous examinerons d'abord les faits tels qu'ils ont été présentés par le docteur Burdel.

Sur plus de 100 familles cancéreuses, 75 ont fait souche de phthisiques, 79 cancéreux ont produit 237 tuberculeux.

32 observations citées comme exemple montrent avec quel soin l'auteur a suivi l'histoire de ces familles. Nous les avons toutes lues, étudiées, résumées, classées, de diverses façons, et comparées entre elles, ce qui nous permet d'en présenter les résultats sous une forme très-succincte.

32 cancéreux, constituant 32 familles, donnent naissance à

(1) *Le cancer considéré comme souche tuberculeuse*, par le docteur E. Burdel.—G. Masson. Paris, 1872.

18 cancéreux, 61 tuberculeux et 31 individus exempts de l'une ou l'autre de ces diathèses ; sur les 18 cancéreux nés de la première génération, 15 reproduisent 36 tuberculeux, 2 cancéreux et 14 individus indemnes. En réunissant les deux générations, on arrive à ce résultat que 32 cancéreux produisent 20 cancéreux et 97 tuberculeux et 45 individus indemnes, ou en d'autres termes à la première et à la seconde génération, les descendants en ligne directe des cancéreux comprennent : cancéreux, 12 pour 100 ; tuberculeux, 59 pour 100 ; indemnes 29 pour 100. A la troisième génération on trouve seulement 4 cancéreux, dont deux sont nés de mère ou père cancéreux, un troisième de père tuberculeux, celui-ci ayant eu un frère et son père cancéreux, le quatrième né d'un père tuberculeux, mais ayant eu une grand'mère tuberculeuse et cancéreuse. Ces chiffres sont fort remarquables, mais ils prennent une valeur plus considérable lorsqu'on les compare aux chiffres approximatifs de la fréquence du cancer et du tubercule. Il est sans doute regrettable que nous ne connaissions pas pour Vierzon, ou au moins pour le Berry, la proportion habituelle des décès par cancer et par tubercule parce qu'il semble, à considérer les résultats précédents, que ces diathèses sont plus développées dans le Berry qu'en d'autres parties de la France. Nous devons nous contenter des chiffres approximatifs admis pour la France en général, ou au moins pour les parties de la France où le cancer et le tubercule sont fréquents.

M. Broca a montré que, dans des calculs de ce genre, on peut considérer que sur 26 individus il existe, suivant les probabilités, 1 cancéreux ; appliquant cette proportion aux 132 enfants issus des 32 cancéreux, la probabilité serait de 6 cancéreux au lieu de 20 cancéreux, d'une part ; en admettant, d'autre part, la moyenne de 10 pour 100 de décès de tuberculeux par rapport à la totalité des morts, le nombre des tuberculeux par rapport à la totalité des morts, ne devrait être que de 16 environ, au lieu de 97. Il faut donc conclure, pour les deux cas, à l'existence d'une cause particulière.

Pour le cancer, l'hérédité semble ici démontrée dans la première génération, et cette influence héréditaire explique fort bien le chiffre obtenu. Mais pour la tuberculose, quelle est la cause de cette proportion si remarquable ? En faisant la part de l'analogie de conditions dans lesquelles ont vécu ces diverses familles, en supposant même l'action de la contagion entre les enfants de la même famille, on est encore loin de s'expliquer ce nombre considérable de phthisiques issus de cancéreux, nombre qui est porté à 75 pour 100 de tuberculeux nés de cancéreux par les autres observations de M. Burdel. Doit-on admettre ici une de ces coïncidences que peut présenter toute statistique qui ne comprend pas une population étendue ? M. Burdel ne le croit pas ; il conclut que le cancer peut être considéré comme *une source de tuberculose* ; il établit une loi de transmission héréditaire et expose une théorie complète. Cette théorie s'appuie sur les précédents, sur des expériences et sur des arguments tirés de l'étude générale des diathèses. Nous examinerons successivement ces diverses parties.

Les chiffres présentés par M. Burdel sont tout à fait exceptionnels ; ils ne tendent à rien moins qu'à prouver que la proportion de phthisiques nés de cancéreux est supérieure à celle des phthisiques nés de phthisiques telle que l'indiquent les statistiques les plus étendues (celles de Walshe, de Cotton et de Smit, n'offrent qu'une moyenne de la moitié des phthisies ayant une origine héréditaire.)

Pour juger de la valeur de ces proportions, il faudrait pouvoir les comparer avec d'autres statistiques ; or, l'étude des rapports de la tuberculose avec le cancer ne nous donne malheureusement pas de renseignements pouvant par leur précision être opposés aux résultats de M. Burdel. Cette étude, comme nous l'avons montré ailleurs (article *Carcinome* du *Dictionnaire encyclopédique*), a subi des phases intéressantes à suivre ; on a commencé par croire à l'antagonisme du cancer et de la tuberculose mais on a trouvé dans quelques cas la coïncidence des deux produits diathésiques, tubercules et cancer,

et l'on en est arrivé à montrer que les rapports des deux diathèses étaient assez intimes pour que, suivant Cooke et Sibley, on trouve des antécédents de phthisie chez le tiers des cancéreux environ. Enfin, des statistiques plus étendues de Holden, portant sur plus de 7000 individus, nous donnent la proportion des cancéreux chez les individus à antécédents tuberculeux, un peu inférieure à celle qu'on observe chez les individus sans antécédents tuberculeux reconnus.

Tous ces travaux aboutissent donc à ce résultat, que la tuberculose n'influe pas sur le développement du cancer. Malheureusement jusqu'à présent personne n'a dirigé les recherches dans le même sens que M. Burdel, de sorte que pour le sujet qui nous occupe ces statistiques démontrent simplement qu'il y a souvent coïncidence de cancer et de tuberculose dans les mêmes familles, et que les auteurs de ces recherches n'ont pas été frappés des rapports que M. Burdel a découverts. Ses chiffres restent comme un appel forcé à des statistiques recueillies avec le même soin, et tant qu'elles ne seront pas établies, il ne peut y avoir vis-à-vis de M. Burdel qu'une argumentation prenant ses moyens dans l'étude des diathèses.

Admettant théoriquement l'influence héréditaire du cancer par rapport au tubercule, on est obligé pour en expliquer la cause de pénétrer au fond des problèmes les plus complexes de la pathogénie des diathèses. En effet, il faut admettre que la diathèse cancéreuse peut se transformer par hérédité en diathèse tuberculeuse, ou bien que la diathèse cancéreuse est une des causes qui prédisposent à la diathèse tuberculeuse.

Sur le premier point, nous aurions longuement à discuter si nous voulions passer en revue les doctrines qui ont été soutenues, en particulier par MM. Bazin, Gigot-Suart, Pidoux. Luys, Morel, Moreau, la multiplicité seule des théories qui ont été proposées, nous conduirait à cette conclusion que dans l'état actuel de la science la mutabilité des diathèses est un problème qui n'a pas encore été résolu par des démonstrations rigoureuses. La possibilité de la transformation des

produits diathésiques les uns dans les autres serait une démonstration péremptoire, mais les données de l'anatomie pathologique, quant à présent, sont en opposition complète avec la probabilité d'existence d'un pareil phénomène ; M. Burdel cite bien quelques expériences où le cancer inoculé à des lapins aurait produit des tubercules, ou des abcès caséux, mais nous savons avec quelle sévérité on doit éviter de conclure d'expériences de ce genre, surtout lorsqu'elles sont à l'état de faits isolés.

Dans les faits présentés par M. Burdel, nous trouvons pour presque tous les cas la manifestation de la diathèse tuberculeuse apparaissant chez l'enfant avant que le père ne présente la manifestation du cancer sous forme de tumeur ou de lésion organique des viscères ; et, dans tous les cas, la manifestation cancéreuse chez les parents est postérieure à la naissance des tuberculeux. C'est donc la diathèse cancéreuse en tant que prédisposition, et non la diathèse confirmée par le produit pathologique qui se transformerait en diathèse tuberculeuse. M. Burdel répondrait sans doute que cette même prédisposition diathésique produit chez un certain nombre d'enfants la diathèse cancéreuse, chez d'autres la diathèse tuberculeuse.

La discussion porterait ainsi sur deux états également inconnus, sur deux diathèses qui ne se sont pas manifestées : quelles seraient alors les bases d'un raisonnement pouvant produire des conclusions précises ? M. Marchal (de Calvi), en admettant la période amorphe pendant laquelle la germination cancéreuse resterait latente et comme endormie, constate plutôt qu'il n'explique ce fait que dans le cancer la manifestation se produit ordinairement à un âge avancé, ou que la transmission héréditaire peut laisser une génération indemne et se propager du grand-père au petit-fils ; M. Burdel ajoute à la *période amorphe*, la *période larvée diathésique*, celle qui précède la manifestation de la diathèse dans laquelle l'organisme est troublé plus ou moins profondément dans son état général, cette période correspondrait à la fer-

mentation des troubles organiques dans laquelle " on sent que sous cette perturbation un orage organique se prépare en grondant sourdement, sans qu'on sache ni comment ni quand il doit se manifester ". Eh bien, nous l'avouons franchement, quand la méditation doit s'élever dans les régions où les comparaisons sont les bases du jugements, nous sommes conduits à conclure qu'il faut attendre pour se prononcer que la science ait dégagé des phénomènes plus saisissables en d'autres termes, avant d'admettre la mutabilité de deux prédispositions qui ne sont pas manifestées, nous voudrions être mieux renseignés sur les caractères même de ces prédispositions.

S'il était démontré, comme l'ont avancé MM. Bazin et Gigot-Suard, que le cancer est précédé de manifestations herpétiques et que le cancer est lui-même l'expression la plus dégénérée, la plus avancée de l'herpétisme, on pourrait alors concevoir les moyens de mieux définir les périodes de la diathèse dans lesquelles se prépare la manifestation ultime, mais M. Burdel lui-même ne nous donne pas de renseignements précis à cet égard. En somme, avant d'admettre la transformation des diathèses par hérédité, nous croyons prudent d'attendre que nous connaissions mieux les conditions de l'hérédité pure et simple des diathèses.

Ces termes n'expriment pas un découragement qui rejeterait bien loin toute discussion; car il est permis d'espérer qu'on arrivera à connaître ces prodromes de la manifestation diathésique, puisqu'on est obligé de les admettre à titre d'hypothèse. Ainsi que l'a dit M. Reynaud, il est évident qu'on ne peut donner que ce que l'on a et si la fille d'une engendrée avant l'existence du cancer chez la mère, cancéreuse devient cancéreuse elle-même, c'est qu'il y a eu transmission de quelque chose de plus qu'une simple prédisposition.

Il nous reste à examiner la seconde hypothèse, à savoir, que le cancer est une des causes qui prédisposent à la tuberculose.

Cette hypothèse peut être émise sous des termes très varia-

bles ; ainsi, on dira avec Vigla, " qu'il ne répugne pas d'admettre que la résistance organique, comme l'entendait Bichat, une fois attaquée dans une famille, des dégénérescences diverses, suivant les aptitudes individuelles, viendront à se produire, ici le cancer, là le tubercule. On admettra, en appliquant les doctrines de M. Pidoux, que le cancer est une des origines multiples de cette maladie commune, sorte de *caput mortuum*, qui, sous le nom de *phthisie*, termine la série des maladies chroniques. Mais encore, si l'on veut trouver des bases solides à cette théorie, il faudra découvrir et montrer ce qu'est cette prédisposition spéciale, diathèse protéique ou indifférente, sans manifestations apparentes jusqu'au moment où elle se convertit, par l'hérédité, soit en tubercule, soit en cancer.

Dans cet ordre d'idées, on a plusieurs fois cité la remarque faite par M. Béhier, que le cancer de l'œsophage prédispose à la phthisie, nous comprenons que l'affaiblissement, les troubles nutritifs chez ces cancéreux soient favorables au développement de la phthisie, et d'ailleurs C. Moore a rencontré chez des cadavres de cancéreux la phthisie dans la proportion de 34 pour 100 ; mais ici on trouve anatomiquement des produits diathésiques superposés, distincts ; la tuberculose est, suivant nous, dans ce cas, une coïncidence ou une complication en quelque sorte cachectique. Or, pour l'hérédité il en est autrement, et nous ne voyons pas comment un homme de vingt ans qui deviendra cancéreux à cinquante ans, est déjà assez profondément troublé dans sa nutrition pour transmettre le tubercule qu'il n'a pas et n'aura pas.

De sorte que la seconde hypothèse n'est, au fond, qu'une expression particulière de la première hypothèse, nous dirions presque un pléonasma, puisqu'on y admet que la prédisposition à une diathèse peut se transmettre héréditairement.

Pour terminer cet examen des faits et de la théorie présentés par M. Burdel, nous constatons que la théorie comporte comme arguments réellement importants les faits de

transmission observés par notre confrère. Nous reconnaissons qu'ils ont une grande valeur, qu'ils sont de nature à provoquer la méditation et la discussion, mais nous ne les considérons pas comme concluants, parce que, malgré leur nombre, ils ne comprennent pas des données assez étendues au point de vue d'une statistique générale. Dans tous les cas, M. Burdel peut à bon droit demander qu'on lui en oppose de contradictoire, et l'exemple qu'il donne est de tous points un modèle à suivre. S'il est démontré ainsi que M. Burdel a été égaré par une coïncidence très-singulière, il lui restera comme consolation le mérite d'avoir provoqué des recherches qui seront certainement fécondes en documents, sur la question si importante de la transmission du cancer et du tubercule, question à laquelle est lié le problème de la prophylaxie des deux diathèses les plus meurtrières entre toutes. Il s'agit ici d'un sujet de recherches qui appartient surtout aux praticiens, et plus encore à nos confrères qui, exerçant dans des centres restreints, peuvent seuls poursuivre des investigations complètes, prolongées, persévérantes, minutieuses et exactes dans l'histoire des familles.

Gazette hebdomadaire

NOUVELLES MÉDICALES.

Sous le titre de "Travaux à consulter" la *Gazette Hebdomadaire* rapporte les faits suivants :

DU CANCER DES AMYGDALES, PAR M. le docteur A. POLAND.—
—La localisation du cancer aux amygdales est relativement rare, et les observations publiées sont très communes; l'auteur a recueilli dans son mémoire les faits connus, ou consignés à titre de souvenirs dans divers auteurs. Les cancers primitifs sont plus fréquents que les cancers secondaires, dont l'auteur cite quatre cas. A ces observations on peut ajouter un fait publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1855, p. 786, qui peut être discuté, mais qui a été rapporté comme un exemple de l'action thérapeutique de la liqueur de Fow-

ler. La monographie de M. Poland renferme des documents intéressants sur la question. (*The British and foreign medico-chirurg. Review*, avril 1872.)

CANCROÏDE DU LARYNX. TRACHEOTOMIE, par M. le docteur B. LAMY.—On avait diagnostiqué chez une malade, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, une laryngite tuberculeuse ; la malade était grosse, et fut prise d'un accès de suffocation qui nécessita la trachéotomie. L'hémorrhagie fut tellement abondante que la malade tomba dans le coma. On fit l'opération césarienne aussitôt après la mort, mais le fœtus était mort depuis plusieurs heures. On suppose qu'il y a eu entrée de l'air dans les veines. A l'autopsie on trouva dans le larynx des végétations épithéliales. (*Journal de médecine de l'Ouest*, t. VI, 1872.)

GUÉRISON D'UN ANÉVRYSME POPLITÉ PAR LA FLEXION, par M. le docteur HOLMES.—Il s'agissait d'un anévrisme de la grandeur d'une noix pour laquelle on fit faire le traitement par le malade lui-même ; il maintint la flexion pendant trente-six heures, mais de temps en temps il étendait la jambe. Au bout de vingt-quatre heures, le bruit de souffle disparaissait, et, au bout de trente-six heures, il n'y avait plus de pulsations dans la tumeur, qui était devenue solide ; le malade est sorti de l'hôpital quatorze jours après l'entrée, la guérison paraissant complète. (*British Medical Journal*, 6 avril 1872.)

NÉCROSE DU TIBIA, PYOHÉMIE AVANT L'OUVERTURE DE L'ABCÈS, par M. le docteur ERICHSEN.—Ce fait, qui, à proprement parler, est un exemple de d'ostéo-périostite, est intéressant parce qu'il démontre que la pyohémie a pris naissance avant toute action de l'air sur le pus ; l'infection directe par des produits inflammatoires a produit l'infection purulente. Il y avait, à l'autopsie, des abcès métastiques dans les poumons et une péricardite purulente. (*Medical Times and Gazette*, 20 janvier 1872.)

INCUBATION DE LA VARIOLE DANS L'UTÉRUS, par le docteur T. SUTTON TOWNSEND.—L'auteur rapporte un fait qu'il considère comme démontrant la possibilité de l'infection variolique du fœtus sans affection de la mère.

Dans ce cas, il s'agit d'un enfant de dix-huit jours, atteint de variole et qui à cette époque présentait une éruption analogue aux éruptions du neuvième au dixième jour. M. Townsend, se basant sur les renseignements donnés par la mère et sur l'éruption, conclut que, en admettant l'incubation de quatorze jours, et, à la rigueur, une incubation de plus de quatre jours, l'enfant a dû contracter la variole alors qu'il était encore dans l'utérus. Il rapproche ce cas des faits analogues rapportés par Jenner, Pearson, et Mortimer. Chez cet enfant, l'éruption était apparue cinq jours après la naissance. La mère avait été vaccinée, avait eu une varioloïde, mais aucune éruption, de ce genre pendant la grossesse. Ce fait par lui-même pourrait prouver aussi bien que l'incubation peut être très-courte chez le nouveau-né, plutôt qu'il ne prouve réellement la variole contractée à la vie intra-utérine. (*Medical Times and Gazette*, 1er juin 1872.)

DU TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES PAR LE FROID, par le docteur C. LASÈGUE.—Revue critique des travaux de Liebermeister et Hagenbach, de Ziemsen Immermann, d'Otto Cœtz et de Wilson Fox, démontrant que la médication à l'eau froide est une heureuse et puissante addition à la thérapeutique. (*Archives générales de médecine*, mai 1872.)

TENIA SOLIUM COMPLÈTEMENT DÉVELOPPÉ CHEZ UN ENFANT DE CINQ JOURS, par le docteur C. ARMOR.—Cette observation est remarquable au point de vue du développement du tœnia. L'entozoaire n'a pu être entièrement expulsé. La mère était également atteinte de tœnia. Davaine rapporte des observations d'entozoaires chez des enfants à la mamelle, mais jusqu'à présent nous croyons le fait du docteur Armor unique en son genre, et d'ailleurs il a eu pour témoins les collègue

de ce médecin à Long Island hospital. Comment s'est introduit le trépan qui certainement s'est développé pendant la vie utérine ? C'est ce que l'on expliquera difficilement. (*New-York Medical journal*, décembre 1871.)

—

NOUVELLE MÉTHODE DE DESTRUCTION DES CILS DANS LE CAS DE TRICHIASIS OU DE DISTRICHIASIS LIMITÉ, par le docteur P. J. HAYES.—L'auteur, aux nombreux procédés connus, mais trop souvent impuissants, ajoute le suivant : à l'aide d'une seringue à injection hypodermique il injecte immédiatement au-dessus des culs-de-sac ciliaires quelques gouttes de perchlorure de fer. L'inflammation localisée et modérée par l'application de cataplasmes détermine l'élimination des cils et des follicules. Ce procédé a été tenté deux fois, mais ces observations ne sont pas assez nombreuses pour nous assurer complètement la localisation des phénomènes inflammatoires produits par le perchlorure. (*The Dublin Journal of medical Science*, mars 1872.)

—

RÉSECTION DU COUDE ET DE L'ÉPAULE SUR LE MÊME BRAS, POUR DES PLAIES PAR ARME À FEU, par le docteur MAC-CORMAC.—Ce fait, très-probablement unique, de la résection des deux articulations principales d'un membre, a été présenté à la société médicale et chirurgicale de Londres, et l'auteur a pu y soutenir, sans soulever de vives discussions, que le membre du blessé était, malgré la double opération, devenue réellement utilisable pour divers mouvements. (*The Lancet*, 23 mars 1872.)

—o—

DECES.

—A Berthier, le 4 Août, à l'âge de cinquante quatre ans, Louis Joseph Moll, M. D. Il pratiquait la médecine dans cette ville depuis près de trente ans.

—A Rigaud, le 31 Juillet, à l'âge de 14 jours, Joseph Raoul Kildare, enfant de G. Madore, M. D.

TABLE DES MATIÈRES.

| | |
|---|-----|
| Une réponse, Dr. Rottot..... | 389 |
| Correspondance de Londres, Dr. Ed. Desjardins | 393 |
| Thérapeutique chirurgicale (suite et fin)..... | 396 |
| Opération de hernie étranglée, etc..... | 405 |
| Société médicale de Montréal | 409 |
| La loi de vaccination en Europe..... | 412 |
| Correspondance parisienne, A. T. Brosseau. | 415 |
| Gravelle pileuse..... | 419 |
| Diverses formes d'Asphyxie..... | 422 |
| Le cancer comme souche tuberculeuse..... | 426 |
| Nouvelles médicales | 433 |

ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE.

LA CINQUIÈME ASSEMBLÉE ANNUELLE de l'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE aura lieu MERCREDI, le ONZE SEPTEMBRE prochain, dans la cité de Montréal. Le Président prendra le fauteuil à 10 heures, A. M.

A. H. DAVID, M.D. Gd. D.C.L.,
Secrétaire-Général.

Montréal, 1er Août 1872.—di

On s'abonne à l'*Union Médicale* au Bureau de *La Minerve*, Nos. 212 et 214, Rue Notre Dame coin de la Rue St. Gabriel.

Toute correspondance devra être adressée à l'un des Rédacteurs à la Boîte 942, Bureau de Poste.