

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

L'ABEILLE MÉDICALE

Journal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

Vol. II. Novembre et Décembre 1880 Nos. 11 et 12

Asile de la Longue-Pointe.

Il est une classe de malheureux auxquels la société doit protection et intérêt d'une manière toute spéciale; et cela, d'autant plus, qu'ils ne peuvent pourvoir par eux-mêmes à leurs besoins et à leur entretien. Souvent à charge à leur famille, et un sujet de crainte ou de pitié pour le public, ces malheureux sont d'autant plus à plaindre, que leur état mental est plus dérangé. Aussi dans tous les pays, les gouvernements ont-ils compris l'importance et la nécessité d'asiles spéciaux, où, sous des soins intelligents, ils peuvent reconquérir l'exercice de leurs fonctions intellectuelles et reprendre la place à laquelle ils ont droit dans la société.

Pour l'établissement et l'administration de ces asiles, il y a naturellement deux moyens de les soutenir : ou bien le gouvernement fait administrer ces institutions par des employés spécialement nommés à cet effet, ou bien, il en confie l'entretien à des sociétés particulières, se réservant le droit d'une surveillance générale.

Le premier système prête à beaucoup d'inconvénients, en ce sens que, chez chaque employé, ne relevant directement que du gouvernement, le sens du devoir vient vite à s'émousser; et il en résulte dans l'administration des détails des négligences qui ne sont que préjudiciables à la santé, à la guérison des malades et aux deniers de l'état.

Avec le système de fermage, au contraire, on pare d'un seul coup à tous ces inconvénients, vû que les personnes qui en ont le contrat sont les seules responsables vis-à-vis la société, et que conséquemment elles ont une juridiction plus entière sur les employés. Tout concourt alors à la guérison des patients et à la conservation des deniers publics.

Nous avons visité, il y a quelque temps déjà, l'asile St. Jean de Dieu à la Longue-Pointe, et nous avons voulu nous rendre compte par nous-mêmes de ce qui se passe dans cette institution.

Fondé depuis 1873, cet établissement est dirigé par les Révdes Dames de la Providence, qui ont conclu avec le gouvernement de la Province de Québec un contrat pour le soin et l'entretien des aliénés.

Nous croyons que par ce contrat, la société a les garanties les plus grandes pour le bon traitement des malades, tant sous le rapport matériel que moral. En effet, cette bâtisse a été construite d'après le système le plus amélioré, et après qu'on eût visité les asiles de ce genre les plus en renommée aux Etats-Unis et en Canada. Outre le confort matériel, et ce pour une rémunération très-minime, \$100 par année pour chaque aliéné, les Dames de l'asile St Jean de Dieu pourvoient à l'état moral des malades d'une manière irréprochable. En effet, le personnel de cet établissement comprend, outre les Religieuses, des gardiens instruits pour le département des hommes et des surveillantes intelligentes pour les femmes. Il y a, de plus, un aumônier qui donne l'enseignement religieux pour les catholiques, et les portes de l'asile sont toujours ouvertes aux ministres protestants pour les malades qui requièrent leur assistance et leur service.

Quant au traitement médical auquel sont soumis les malades, la société trouve dans le personnel de cet asile les plus amples garanties. Le gouvernement semble avoir pris toutes les précautions voulues et toutes les mesures nécessaires pour en assurer le bon fonctionnement. C'est ainsi que les deux inspecteurs des asiles et prisons, MM. Smith et le Dr. Demar-

tigny visitent cet établissement et font leur rapport au gouvernement sur l'administration générale de cette maison de santé. Pour avoir plus de garanties sur le bon fonctionnement des rouages de cette institution si importante, le gouvernement a nommé deux médecins inspecteurs spéciaux pour cet asile, MM. les Drs. L. L. L. Désaulniers et Henry Howard.

Qu'aurions-nous à dire de M. le Dr. F. X. Perrault, médecin visiteur de cet asile, si M. le Dr. H. Howard, *l'aliéniste dont le nom est identifié avec l'asile de St. Jean*, n'en avait pas reconnu à maintes fois publiquement la compétence et l'habileté? Identifié avec l'asile de la Longue-Pointe depuis sa fondation, ce médecin possède une expérience confirmée par les soins intelligents qu'il donne et par les guérisons permanentes qu'il obtient.

Il y a deux ans, un pénible accident est arrivé à M. le Dr. H. Howard. et ses amis craignaient que cet accident ne lui fût fatal, vû son âge avancé. En cette malheureuse circonstance, M. le Dr. Howard demanda à M. le Dr. Perrault de le remplacer à l'asile — ce que, du reste, il lui demandait souvent — et le recommanda d'une manière toute spéciale en proclamant publiquement sa compétence.

Nous devons faire remarquer que d'après le bill "intitulé acte concernant les asiles d'aliénés dans la Province de Québec, subventionnés par le gouvernement" passé par l'Assemblée Législative et le Conseil Législatif de cette Province et sanctionné le 24 juillet 1880, il est décrété (section 14) que "les propriétaires de chacun des asiles devront nommer et maintenir à leurs frais un médecin, résidant dans le dit asile ou dans son voisinage immédiat." Et, c'est en vertu de cette clause que les Dames de la Providence ont nommé M. le Dr. F. X. Perrault comme médecin de l'asile.

On reproche à M. le Dr. F. X. Perrault de n'être pas un spécialiste en fait de traitement des maladies mentales. Qu'est-ce donc qu'un spécialiste?

C'est un homme qui ayant des connaissances générales en médecine, s'attache ensuite d'une manière toute particulière

à l'étude et à la pratique d'une partie spéciale de l'art de guérir. C'est ainsi qu'on appelle oculistes ceux qui se livrent spécialement au traitement des maladies des yeux.

Or, M. le Dr. Perrault peut-il être considéré comme un spécialiste pour le traitement des maladies mentales ? Mais avant de répondre à cette question, nous demandons : Que faut-il faire pour être spécialiste ?

Pour être spécialiste une personne doit d'abord être instruite. Il lui faut posséder des connaissances générales en médecine, car il arrive souvent que la condition générale d'un malade réagit sur un organe particulier, et que l'affection d'un organe retentit sur toute l'économie ; aussi un spécialiste doit-il savoir distinguer ces cas divers. Il lui faut de plus avoir une certaine expérience. Comment s'acquiert l'expérience ? On peut acquérir l'expérience de deux manières : ou bien en examinant et voyant comment font les autres, les moyens qu'ils emploient, les résultats qu'ils obtiennent, etc. ; ou bien en employant soi-même certains moyens, et en observant attentivement leurs effets. Il faut en outre étudier dans des ouvrages spéciaux cette partie des branches de la médecine que l'on désire pratiquer d'une manière particulière.

Pour être spécialiste, est-il nécessaire d'être tellement identifié avec les maladies que l'on traite que d'en être affecté soi-même ? La chose est loin d'être nécessaire, elle est souvent dangereuse, et quelquefois très-nuisible. Je suppose pour un instant quelqu'un qui voudrait se faire passer pour un aliéniste, et qui émettrait des théories tellement absurdes que tous les gens sensés le pensent aliéné lui-même, ceci est plus que suffisant pour démontrer qu'il est très-nuisible d'être tellement identifié avec les maladies que l'on traite que d'en être affecté soi-même.

Ces principes étant posés, peut-on considérer M. le Dr. Perrault comme un spécialiste pour le traitement des maladies mentales ?

Médecin depuis 1843, M. le Dr. Perrault a toujours depuis

lors pratiqué la médecine dans toutes ses branches. Membre de la société médicale, il en a toujours été un des plus actifs, et même le Président. Choisi par ses collègues pour faire partie du Bureau Provincial de médecine depuis six ans, il a été réélu aux dernières élections par un vote de 316 sur 355. Tous ceux qui sont venus en contact avec lui le reconnaissent comme un médecin instruit, capable et expérimenté, même le *Canada Medical & Surgical Journal* le considère "a reputable physician of good standing." Peut-on en dire autant de tous ceux qui désirent se faire passer comme spécialistes ?

Quant à son expérience comme aliéniste, il a pu l'acquérir de deux manières : 1o. par l'observation des moyens employés et surtout des résultats obtenus par M. le Dr. Howard ; 2o. par l'observation des malades qu'il traite spécialement depuis sept à huit ans, évitant avec le plus grand soin les défauts qu'il a remarqués dans les traitements prescrits par M. le Dr. Howard. Cette expérience de plusieurs années de pratique spéciale comme aliéniste dans l'asile de la Longue-Pointe est de plus fortifiée par l'étude des meilleurs auteurs sur cette branche spéciale de la médecine, dont M. le Dr. Perrault a une fort jolie et nombreuse collection. De plus, cette expérience est confirmée par les résultats qu'il a obtenus, résultats qui démontrent qu'aucun des malades que M. le Dr. Perrault a traités et dont il a recommandé la décharge n'a eu de récidives.

Qui peut en dire autant ?

On accuse en outre M. le Docteur Perrault, vu qu'il tient sa nomination des religieuses, de ne pouvoir être indépendant dans les circonstances où leurs intérêts pécuniaires sont concernés et compromis ; or il suffit de jeter un coup d'œil sur l'acte concernant les asiles d'aliénés, sanctionné le 24 Juillet 1880, pour se convaincre de toute l'absurdité d'une pareille accusation.

" Dans les trois premiers jours de chaque mois, le propriétaire ou le surintendant de l'asile, ou le médecin employé par eux, seront tenus de remettre au médecin visiteur, un

rapport touchant l'état mental des malades admis à l'asile dans le cours du mois précédent, aux frais du gouvernement, et sur tous ceux qui pourraient ou devraient, à leur avis, être mis en liberté.

“ De son côté, le médecin visiteur, fera un rapport séparé, aux mêmes fins, et transmettra les dits rapports au secrétaire de la province, avec tous les renseignements par écrit, en sa possession.

“ Dans le cas de conflit d'opinion dans le rapport du propriétaire, ou surintendant de l'asile, ou du médecin employé par eux, et celui du médecin visiteur, sur l'état mental des malades, et l'opportunité du renvoi de quelqu'un d'entre eux du dit asile, le lieutenant-gouverneur en conseil pourra, en tout temps, envoyer sur les lieux, toute personne compétente, avec instruction de faire un examen des malades mentionnés dans les dits rapports, et prendre tels renseignements que requis, pour s'assurer de leur état mental, et des causes qui pourraient autoriser leur détention ultérieure, dans le dit asile.

“ Cette personne fera elle même rapport, sans délai, au secrétaire de la province, de cet examen.

“ Sur réception de ces rapports, le secrétaire de la province adressera au propriétaire de l'asile, tel ordre qu'il jugera convenable, pour la mise en liberté d'aucun malade, lequel ordre sera exécuté sous huit jours de sa réception ; et à compter de l'expiration de ces huit jours, les malades mentionnés dans le dit ordre, ne seront plus aux frais du gouvernement.”

D'après cet extrait nous voyons qu'il est complètement impossible au médecin interne d'un asile d'aliénés de frustrer le gouvernement au profit des propriétaires.

Nous laissons de côté la question de vénalité et de malhonnêteté que comporte une pareille accusation et dont on croit M. le Dr. Perrault susceptible.

Les rapports faits au gouvernement par les médecins visiteurs, nommés spécialement à cet effet, démontrent qu'il n'y a rien de secret dans cet asile. Nous croyons que le gouvernement est tout-à-fait satisfait de l'état actuel des affaires de

cette institution. Les inspecteurs des asiles et prisons font rapport de leurs visites dans l'établissement. Les inspecteurs spéciaux y sont admis quand bon leur semble, et sont tenus de faire au gouvernement un rapport mensuel. En outre, me dit-on, chaque semaine, les Reves Sœurs Directrices de cet asile envoient au gouvernement un rapport des opérations de l'asile.

Si ces divers rapports, celui des inspecteurs des asiles et prisons, celui des Drs. Howard et Désaulniers, celui des Religieuses, ne sont pas publiés, il serait facile aux autorités, à qui ces rapports sont adressés, de le faire si elles le jugeaient à propos. — Dans tous les cas, on ne doit pas en tenir responsables ni les Dames de la Providence ni M. le Dr. Henry Howard.

Nous soumettons cette importante question au jugement et à la conscience de la profession médicale de la Province de Québec, et nous ne doutons pas que notre opinion soit partagée par la grande majorité de nos confrères. Nous espérons en conséquence que chacun des lecteurs de "l'Abeille Médicale" nous fera parvenir ses vues sur ce sujet qui intéresse à un si haut degré notre honneur.

Il nous est pénible d'avoir à différer d'opinion avec notre confrère du *Canada Medical & Surgical Journal*. Mais notre devoir est là, nous obéissons à notre devoir en défendant nos institutions, notre nationalité et nos droits.

Dans un article publié dans "l'Abeille Médicale," au mois de juin 1879, nous disions :

"Aucun malade ne devrait être déchargé que sur l'avis d'au moins deux médecins étrangers à l'institution. Cette demande est d'autant plus juste qu'on exige le certificat de deux médecins pour faire interner ces pauvres créatures."

Nous sommes heureux de constater que cette suggestion pour l'élargissement des aliénés a été agréée par le gouvernement, qui a remédié aux inconvénients préexistants par la nomination de MM. les Drs. Howard et Désaulniers, qui sont maintenant chargés de ce devoir ; en sorte que nous ne pensons pas voir se renouveler dans cet asile la scène déplorable du mois de juin 1879.

Nous nous permettrons encore une suggestion, au sujet de l'admission des aliénés, ces pauvres malades, si dignes de compassion.

Il arrive souvent que ces malheureux, après avoir passé par la prison, arrivent à l'asile avec des contusions, des fractures, des dislocations, et des marques de violence très-prononcées. Ne pourrait-on pas remédier à ce grave inconvénient? Pour notre part, nous croyons la chose facile.

Ainsi, lorsqu'une plainte est faite à un magistrat au sujet d'aliénés, ne serait-il pas plus raisonnable et plus avantageux de les faire conduire directement à l'asile, au lieu de les traiter comme des criminels et les interner à la prison?

Une partie spéciale de l'asile pourrait être consacrée au séjour temporaire de ces aliénés, en attendant l'ordre du gouvernement de les interner comme malades, ce qui devrait se faire sur la recommandation des médecins inspecteurs spéciaux de l'asile. Par ce moyen, le gouvernement pourrait économiser les honoraires des médecins examinateurs à la prison.

Pendant ce séjour temporaire, les médecins inspecteurs pourraient les observer et recommander au gouvernement leur admission. Même le médecin visiteur pourrait commencer son traitement de suite, ce qui permettrait la guérison plus facile et plus prompte de leur maladie, qui ne fait au contraire que s'aggraver dans la prison.

De cette manière, la société aurait toutes les garanties nécessaires, et l'on verrait disparaître envers les aliénés cette conduite inhumaine qui déshonore une nation qui se prétend civilisée.

G. O. BEAUDRY, M. D.

La Saint Luc

Les Etudiants en Médecine ont commencé la célébration de leur fête patronale par assister à la grand'messe qui a été chantée le 20 octobre à l'église St. Jacques.

Le célébrant était M. le Curé Sentenne, assisté du R. P. Turgeon, S.J., comme diacre, et de Messire Archambault, S.S., comme sous diacre.

On remarquait dans la nef Son Honneur le Maire Rivard, MM. les Drs. Trudel, président de l'école Victoria, Coderre, Munro, Alex Germain, Roy, Archambault, Meunier, Brunelle, Potvin, Lefavre, Durocher, Renaud, Vilbon, Craig, Beaudry, Ouimet, d'Orsonnens, Gagnon, Lanctôt, Lapierre, Piché, Robillard, et un grand nombre d'autres citoyens distingués.

Les élèves, sous la direction de leur confrère M. Duckett, ont exécuté la messe harmonisée du second ton. M. Alfred Prieur touchait l'orgue.

MM. Cholette et Pepin ont chanté un très joli morceau d'offertoire.

La grande fête des étudiants en médecine de l'Université-Victoria s'est terminée par une magnifique soirée littéraire et musicale. L'élite de la société était réunie à la salle St Joseph où se tenait la séance. Un bon nombre des invités qui avaient accepté la gracieuse invitation de messieurs les étudiants n'ont pas trouvé place, le local étant trop petit.

Le programme de la soirée, programme fait avec soin et avec goût, fut admirablement bien exécuté.

Son Honneur le Recorder de Montigny, M. Louis Fréchette, poète lauréat, et M. Jehin Prume, M. Trudel, Mme Béliveau et Mlle Coderre, avaient généreusement prêté leur concours pour la circonstance.

La soirée a été un vrai succès et nous en félicitons chaleureusement nos jeunes amis qui ont droit d'être fiers de ce résultat magnifique.

PROGRAMME.

Discours du Président, M. Joseph Asselin.

Chant—"Chasse aux Hussards," les Etudiants.

Discours—"Eloge de la Médecine," Son Honneur le Recorder de Montigny.

Morceau de piano—Delle. Coderre.

Discours—"La Médecine," S. Gareau, étudiant.

Solo de violon—M. Jehin-Prume, accompagnement de piano par Mde Béliveau.

Poésies.—M. Louis H. Fréchette.

Discours.—M. le Dr. Hingston.

Chant.—"Chœur des voleurs", MM. les étudiants.

Discours.—L'Hon. Sénateur Paquet M. D.

Chanson de circonstance.—M. T. Trudel, M. D.

Adresse à MM. les Professeurs par M. Thériault au nom de ses confrères.

Voici cette adresse :

*Adresse à Monsieur le Président et à Messieurs les Professeurs
de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.*

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MESSIEURS LES PROFESSEURS,

Les Elèves de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal croiraient chômer imparfaitement leur fête patronale, s'ils ne consacraient quelques instants de cette solennelle journée pour dire à leur *Alma Mater* l'affection filiale qu'ils nourrissent pour elle, et le religieux amour avec lequel ils cultivent en leur cœur les plus belles fleurs de la reconnaissance pour en orner plus tard son précieux souvenir. Exprimer aux professeurs qui nous dirigent dans l'étude de la grande et difficile science de la médecine la confiance et l'estime qu'ils nous inspirent, et renouveler par une démonstration grandiose et pompeuse les liens de confraternité qui doivent tenir si étroitement unis les élèves d'une même institution ; tel a été, Monsieur le Président, le double but que se sont proposés

d'atteindre les Elèves de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal dans l'organisation de la St Luc. Nous nous sommes efforcés de tracer sur les plis des nombreux drapeaux qui déroulent leurs symboliques couleurs, et jusque dans les inscriptions qui décorent les murs de cette salle, le double objet de ce déploiement d'éclat de cette célébration sans précédent de notre fête patronale. Ces drapeaux rappellent à notre esprit le glorieux étendard de la magnifique et grande Institution à laquelle nous avons le bonheur d'appartenir et à la prospérité de laquelle nous devons, à nous-mêmes, de travailler activement. Ces inscriptions sont comme des jalons qui montrent à l'avance la route que nous devons suivre, et comme les signes de ralliement de tous les Elèves de l'Ecole. Enfin de quelque part que nous portions nos regards, il semble que partout s'étale brillante en éclatants caractères l'admirable devise de l'Ecole : Faire d'honnêtes et savants médecins. En effet, Monsieur le Président, le nom seul de l'Ecole fait surgir en notre esprit l'idée du travail et de l'étude dans les champs de la science. Eh ! pourrait-il en être autrement ? Quelle institution enseignante a jamais fait plus que l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal pour les jeunes hommes confiés à ses soins et à son zèle ? Depuis près de quarante années, ses Professeurs laborieux et savants répandent sur la jeunesse nombreuse réunie autour de ses chaires les flots bienfaisants de l'enseignement médical. La mort et des circonstances fâcheuses ont fait de pénibles trouées dans les rangs des Professeurs de l'Ecole, mais la vitalité de l'Institution que vous représentez, Monsieur le Président, est si active, que l'Ecole aujourd'hui est plus florissante que jamais de santé et d'avenir. Nous contemplons avec joie et admiration, fermes à leur poste et jeunes encore d'infatigable ardeur, en dépit des années, ces vétérans de l'enseignement de la médecine que l'Ecole a vus autour de son fragile berceau, et appuyée sur les bras desquels elle a traversé toutes les épreuves de son existence jusqu'à ce jour. Et la juvénile énergie de notre vieux professeur de

Chirurgie, semble parodier la parole fameuse du capitaine des gardes de Napoléon : " La garde meurt, mais ne se rend pas." De jeunes Professeurs, mais que l'étude semble avoir déjà muris pour l'enseignement, remplissent les chaires laissées vides par les glorieux morts, et l'Ecole, pour avoir requis les services de ses cadets ne semble pas moins riche de vitalité que lorsque ses aînés faisaient seuls l'office de la soutenir et de répandre partout son enseignement. Certes, ce n'est pas sans avoir surmonté mille et une difficultés que l'Ecole a pu franchir d'un pas fier et sûr plus d'un tiers de siècle. Mais les obstacles, n'ont fait que redoubler son ardeur, tout en lui apprenant la sage prudence et la conduite éclairée qui caractérisent toutes les phases diverses de son existence. Les épreuves sont le creuset brûlant, d'où sortent brillantes et purifiées les grandes institutions comme les nations fortes. Et voilà pourquoi l'Ecole, en ayant subi la loi commune aux grandes choses, se montre aujourd'hui cent fois plus admirable que jamais. Les jeunes et futurs disciples d'Esculape se disputent sur son sein le lait pur de ses leçons, et l'Ecole les tient tous sur son cœur, distribuant à tous et à chacun avec sagesse et discernement le pain délicieux de l'enseignement médical. A tous ces titres, Monsieur le Président, nous aimons l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, nous estimons ses dignes Professeurs et les vœux qu'en nos cœurs nous formons pour elle sont : l'expansion la plus large de son influence bienfaisante sur la jeunesse qui se destine à l'étude de la science de la médecine, l'augmentation croissante de l'excellence de son enseignement, la ligne droite dans les sentiers de la justice et de la dignité dont, jusqu'à présent, elle n'a jamais dévié d'un pas, et la prospérité matérielle à un aussi haut degré que la prospérité scientifique qui provoque en ce jour l'expression de notre admiration.

JOSEPH E. THÉRIAULT, E. M.

17 Octobre, 1880.

Discours d'ouverture de la session 1880-81 de l'École de
Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté
de l'Université Victoria.

PAR

L. B. DUROCHER, PROFESSEUR DE JURISPRUDENCE MÉDICALE, Etc.

(Suite.)

Nous venons Messieurs de vous rappeler, en quelques traits, les origines de la médecine et ses développements graduels. Jetons maintenant un regard rapide sur les différentes branches qui seront le sujet de vos études.

Le mal s'étant emparé du monde, une providence bienfaisante a voulu semer à profusion, le remède au sein même de la terre, le dictame à côté du poison ; la guérison à côté de la maladie ; la consolation auprès du désespoir ; le médecin auprès de la souffrance.

Tout a été créé avec ordre, mesure et unité. Les différentes branches de la science sont les canaux par lesquels l'intelligence parvient à connaître et à apprécier cet ordre, cette unité. Ainsi les études médicales tournent dans un cercle immense dont les rayons sont la diversité, qui en représentent toutes les branches, lesquelles ramenées vers le centre vous montrent leur but dans cette féconde unité.

Cette science qui a des mystères cachés à la plupart des hommes, laisse entrevoir au médecin studieux quelques unes des éblouissantes clartés qui illuminent son temple majestueux. Cette étude, qui semble présenter d'abord d'insurmontables difficultés, offre ensuite des attraits sans nombre à ses initiés. Il n'y a que le premier pas qui coûte, que le seuil de ce vaste palais à franchir, pour rechercher ensuite, avec avidité, à acquérir la connaissance de ses nombreux et intéressants compartiments. De fait, l'aridité des études médicales qui effraie dans l'unité, devient attrayante dans la diversité. Ainsi, Messieurs les élèves, vous ne pourrez saisir cette science dans son ensemble, qu'en autant que vous en

aurez bien compris les parties séparément ; car chaque branche forme un tout qui a été et est encore le sujet des études de toute la vie des savants, dont s'honore et se glorifie le plus notre profession.

L'homme obligé de pourvoir à ses besoins doit donc être soumis aux lois propres à sa conservation et au développement de ses facultés physiques et morales. Ainsi sa nature, son but, ses besoins, ses associations lui font un devoir d'observer fidèlement ces lois s'il ne veut en être la triste victime. Je viens, Messieurs, de vous indiquer l'*hygiène* ou cet ensemble de lois qui constituent une des grandes assises du sujet qui nous occupe en ce moment.

La vie morale y est intéressée comme la vie physique ; car l'*hygiène* est la connaissance des règles dans le choix des choses diverses qui concourent à entretenir l'action normale des divers organes et de leurs fonctions variées chez l'homme. Et cela, aux différentes époques, aux différents états, aux différentes conditions et aux différentes phases de la vie. La connaissance des lois hygiéniques et l'application de ses règles a rendu d'immenses services à l'homme et à la société. Par l'*hygiène*, l'homme non-seulement se conserve, se développe dans le cadre qui lui est assigné, mais encore fait atteindre le même but aux sociétés toutes entières, aux villes populeuses qui sans cela propagerait la corruption et la mort qui pululent dans leur sein. L'*hygiène* devient donc d'une absolue nécessité en médecine, puisque son développement et son application constante concourent au bien être des peuples. L'action des règles hygiéniques doit se faire sentir partout, dans tous les lieux, dans toutes les conditions de la vie. L'on peut dire que l'application des lois de l'*hygiène* est en quelque sorte de la médecine préventive. C'est une des bases de la médecine, une des sauvegardes de la morale, le gage de la santé, le prolongement de l'existence, une des conditions du bonheur.

L'histoire naturelle, messieurs, vous dévoilera les secrets étonnants renfermés dans cette trilogie des règnes minéral

végétal et animal. Quelle gradation ! quelle magnificence ! Depuis l'inerte pierre jusqu'à l'être animé ! depuis le repoussant molusque jusqu'au gracieux mammifère ! Tout dans ce grand livre de la nature y est gradué, classé dans un ordre parfait. L'homme n'a qu'à en feuilleter les pages pour comprendre l'inappréciable don que Dieu lui a fait, en lui prodiguant de si grands trésors, en lui découvrant tous les secrets de la nature, toutes les variétés et les propriétés multiples de ses règnes divers, toute la beauté des plantes, toute la suavité des fruits et toute la magnificence des fleurs.

Comment connaîtrez-vous, messieurs, toutes les propriétés des différents règnes de la nature si la chimie ne vient à votre aide ? Si vous ne pouvez en extraire, soit par l'analyse ou autres opérations les éléments nécessaires aux préparations pharmaceutiques ? Impuissant à vaincre les difficultés qui l'entourent, le savant appelle à son secours les procédés chimiques. Enchaînement admirable de la science. La botanique donne la description des plantes ; la chimie en les décomposant vient en aide à la matière médicale, sujet d'un cours important de vos études. En effet, la matière médicale est une partie considérable de la thérapeutique ou l'art de traiter les maladies et de choisir la médication qui leur convient.

Le corps humain, avec toutes ses perfections et ses nombreux organes, exige une étude approfondie pour en bien saisir l'ensemble, l'harmonie et les fonctions diverses. Pour juger sûrement de la gravité d'une maladie, il faut savoir quel organe elle affecte spécialement, quel tissu elle atteint, quel vaisseau elle lèse. Il faut partant étudier l'homme dans toutes ses parties internes et externes. La physiologie vous révélera les fonctions et le jeu intime de ses organes à l'état normal. La pathologie interne et externe vous les fera connaître à l'état malade ou anormal ; mais vous n'arriverez à la connaissance parfaite de cette double science que par l'étude approfondie de l'anatomie.

L'anatomie, messieurs, découvre à ses adeptes dévoués des

secrets cachés au reste des hommes. Pour eux, le mystère de la génération cesse en quelque sorte. Le voile qui cachait les merveilles de cette sublime création s'abaisse pour laisser entrevoir avec quelle magnificence Dieu s'est plu à embellir et doter de prodigieuses facultés le roi de la nature.

La savante école de Montpellier, au 14^e siècle, par ses études et ses *dissections*, est considérée comme la véritable créatrice de l'anatomie ; ce ne fut qu'en 1374 que la permission, extraordinaire pour le temps, lui fut accordée d'ouvrir un cadavre. Plus heureux que vos devanciers de cette époque vous trouverez ici toutes les facilités de vous livrer aux études anatomiques et à la dissection. Si, armé du scalpel, l'étudiant dissèque avec sûreté, dextérité et précision, vous apercevrez déjà en lui l'habile chirurgien de l'avenir.

Messieurs, afin de ne pas abuser de votre patience et de ne pas empiéter davantage sur le terrain de vos dévoués professeurs, je passerai sous silence plusieurs autres branches importantes de l'enseignement médical. Permettez-moi cependant de dire un mot de la science médico-légale dont j'aurai l'honneur de vous entretenir, plus au long, pendant cette session.

La barbarie allait disparaître et avec elle les odieuses et horribles pratiques de la torture appliquée aux accusés pour leur arracher un aveu. La science médico-légale, plus en harmonie avec les progrès de notre civilisation chrétienne, dut alors prendre des développements. Après avoir jeté un certain éclat sous Justinien, elle était pour ainsi dire disparue sous les ignorants successeurs de Charlemagne. Ils avaient adopté la loi odieuse des épreuves. Les religieux et les moines en sauvant dans leurs couvents toutes les sciences, ont conservé les connaissances médico-légales. Celle-ci contribua puissamment à faire disparaître ces cruelles et barbares coutumes, en offrant des moyens nouveaux de découvrir les vrais coupables. Les services rendus par la toxicologie qui entre dans son domaine sont immenses.

Le flambeau de l'intelligence est-il près de s'éteindre, le

intervalles lucides font, que le doute existe sur l'état mental de l'individu; dans ces circonstances perplexes, c'est le médecin légiste qui doit éclairer le tribunal sur la question de savoir si le malade est responsable de ses actes devant la loi et devant la société. Quels services cette science n'a-t-elle pas rendus à la justice dans la recherche des crimes! Combien d'innocents n'a-t-elle pas arrachés des mains du bourreau? De combien de familles n'a-t-elle pas sauvé la fortune et l'honneur?

Avant de terminer, disons quelques mots des devoirs du médecin :

De nos jours, messieurs, l'idée du devoir semble s'effacer de nos mœurs, de nos habitudes, de nos codes, et même de notre manière de voir et d'agir. Tout le monde réclame ses droits; nul ne tient à remplir ses devoirs. L'on semble retourner aux mœurs du paganisme. Et pourquoi? Ne serait-ce pas parce que le sens moral s'émousse en nous? Que la distinction du juste de ce qui ne l'est pas devient de plus en plus imperceptible? Enfin, de la confusion qui existe de toutes parts, des notions exactes et positive d'avec les théories spéculatives et les rêveries abstraites. L'on oublie trop souvent que l'idée du droit comporte avec elle l'idée du devoir, comme celle de la médecine présuppose le médecin. La morale exige qu'il y ait pour l'homme certaines obligations strictes auxquelles il ne saurait se soustraire sans violer les lois de sa raison d'être. Ces obligations lui sont imposées par son état, par sa position sociale et par l'exercice de sa profession. La profession d'un homme, règle générale, est le résultat de son choix, un acte de sa volonté, l'expression de sa liberté. Il doit donc se soumettre aux devoirs qu'elle lui impose, quelque ingrats, quelques pénibles qu'ils puissent être.

Le malheureux, d'après un auteur païen, doit être regardé comme une chose sacrée : *Res est sacra miser*. Le chrétien n'a-t-il pas de plus puissants motifs de venir en aide au pauvre et au malheureux? Or, c'est lui qui le plus souvent réclame son secours. Le médecin, digne de ce nom, est un autel au-

près duquel le malade cherche un abri. Quelle dignité ! quelle noble mission que la nôtre, messieurs ; mais rappelons-nous que si cette mission nous élève à un sacerdoce sublime, elle nous impose de grandes et solennelles obligations.

Nous, médecins, à cause de l'importance de notre profession, des services que nous rendons à l'humanité, de la renommée qui nous acclame comme des sauveurs, nous sommes plus exposés aux envieux qui se croisent sur notre route, aux excès de l'ingratitude, aux attaques malveillantes, aux morsures de la calomnie, que le reste des hommes. Ce sont les arbres élevés qui sont le plus exposés aux fureurs de l'orage ; l'arbrisseau croît paisiblement au pied du chêne lacéré par la foudre.

La conscience du devoir accompli nous offre seule ce contentement intime qui console notre cœur, nous donne le courage de supporter de nouvelles fatigues, tout en nous dédommageant de la noire ingratitude des hommes. Dépositaire des secrets les plus intimes des individus et des familles, faut-il agir avec le plus grand discernement et la plus profonde prudence pour ne pas compromettre les intérêts précieux qui nous sont confiés. Le médecin doit être bon, religieux, charitable, digne, plein de compassion et d'égards pour le malade. Il doit être sans cesse un homme de sacrifice ; il ne s'appartient plus ; il s'est donné à l'humanité souffrante. Il remplace auprès de celle-ci le frère hospitalier et la sœur de charité : ces anges de bénédiction et d'amour que le Ciel prête à la terre pour alléger ses maux !

Le médecin est de tous les temps, de toutes les heures, de toutes les circonstances : il semble faire partie de la famille : sa place est encore plus large au cœur qu'au foyer. Il a vu notre premier berceau. Il a le premier réjoui le cœur de notre mère en lui annonçant qu'un fils lui est né. Il lui a enseigné l'art de la vie pour elle-même et pour son enfant. Quelques fois, forcé par la nécessité, il ouvre le ciel au jeune enfant que son ange vient déjà réclamer. Quand la mort vient frapper au seuil de la maison, après avoir épuisé en

vain les trésors de sa science et de son dévouement, après avoir donné l'espérance d'un monde meilleur, c'est lui qui par devoir avertit le mourant que le moment solennel est proche ; il l'invite à recourir au ministère sacré du prêtre, auquel sont confiés les trésors de la miséricorde céleste. C'est lui qui a dit à sa naissance : il est arrivé, et qui dit à sa mort : il est parti. Deux mots qui résument l'existence du voyageur ici-bas et qui constate que la vie n'est qu'un passage. Ainsi, avec le prêtre le médecin reste l'ami le plus fidèle, du berceau à la tombe.

Pour lui la vie est sans repos, les jours sans joies, les nuits sans sommeil. Son redoutable ministère lui impose un dur tribut qu'il paye journellement à l'humanité. Les revers ne doivent pas l'abattre ni les succès l'énorgueillir. Qu'il réponde aux insultes des affligés par la plus grande bienveillance en se rappelant que souvent la maladie enlève à la raison tout contrôle et que la douleur rend d'ordinaire acariâtre et injuste. L'ingratitude est souvent la monnaie dont ses inappréciables services sont payés. Mais le médecin ne doit pas vivre seulement de pain, la satisfaction du devoir accompli et du bien opéré doit aussi entrer en ligne de compte dans ses liquidations avec ses malades. Il faut qu'à force de soins et d'affection il console les malheureux et leur fasse accepter, avec résignation, la maladie, avec son cortège de souffrances.

A ce point de vue combien la sphère du médecin s'élargit ! comme son atmosphère est brillant et salubre ! comme son ciel s'élève ! comme ses travaux deviennent faciles ! Comme ses fatigues lui paraissent légères et supportables !

Messieurs, " chaque génération à sa patrie dans le temps " a dit un homme célèbre : pensée aussi profonde que consolante pour les professeurs et les amis de cette école. De fait, elle a passé par bien des phases, elle a livré de nombreux combats, elle a traversé de grands obstacles, mais elle n'a jamais eu à rougir de son origine, berceau de ses luttes, ni de son présent, digne continuateur de son passé.

Notre école se recommande à la faveur publique, par ses travaux, par son orthodoxie, par sa soumission constante aux lois de l'église, par ses soins dans les hôpitaux, dispensaires et maisons de charité qui n'ont jamais réclamé en vain ses bons offices, et par son indépendance de toute pression étrangère. En effet, après 40 ans d'existence, elle poursuit courageusement son utile carrière au milieu de bien des vicissitudes, elle ne s'inspire dans son œuvre que des besoins et des légitimes aspirations de nos compatriotes. Sans ambitionner aucun monopole, forte de la confiance publique, avec l'appui et les conseils de ses amis, dans le clergé et dans toutes les classes de la société, elle veut conserver son autonomie et sa précieuse liberté.

Ses services signalés, proclamés par tous, sont même appréciés à Rome qui les a reconnus par d'honorables décorations.

Messieurs, dans ce jour solennel qu'il me soit permis de donner un souvenir plein de regrets à ceux de nos professeurs trop tôt disparus de nos rangs. Ils sont allés recevoir dans un monde meilleur la récompense de leurs travaux et de leurs vertus. Vous avez pu apprécier les précieuses qualités de quelques-uns, leur science et leur profond dévouement à cette école. Honneur et respect à leur mémoire ! Saluons un des fondateurs de cette institution, le vétéran de ses luttes, notre vénéré doyen, M. le docteur Munro ; il est encore au milieu de nous, il ne veut pas nous laisser avant que cette maison soit assise sur des bases solides.

Remercions le peuple canadien en général, notre vénérable et patriotique clergé, nos nombreux confrères et tous les hommes de profession de leurs généreuses sympathies et de leur précieux encouragement. Remercions les Révérendes Sœurs de l'Hôtel-Dieu qui sont comme les mères de cette faculté, les Révérendes Sœurs de la Providence, de la Maternité et de toutes les communautés qui nous ont toujours témoigné le plus vif intérêt. Remercions l'Université Victoria de sa grande libéralité et de la pleine liberté qu'elle nous accorde. Remercions tous nos bienfaiteurs, et avant tout un

grand et saint évêque qui a tant fait pour cette école, et qui dans la solitude prie encore pour nos succès.

Messieurs les Etudiants, en jetant les yeux sur vous, en voyant se préparer cette riche moisson de jeunes intelligences, nous nous revoyons comme dans un miroir, à cet âge où le cœur est plein d'espérance et de promesses. Nos travaux, nos plaisirs, nos rêves et nos aspirations d'alors, sont vos travaux, vos plaisirs, vos rêves et vos aspirations d'aujourd'hui ; de même que nos labeurs, nos épreuves et nos espérances actuels seront vos labeurs et vos espérances dans l'avenir.

Comme nous, vous serez appelés bientôt au sein de nos respectables populations à exercer cet art bienfaisant et plein de responsabilité de la médecine. Préparez-vous-y par des études approfondies et consciencieuses, afin de pouvoir faire honneur à cette Ecole et à vous-mêmes ; afin de pouvoir rendre à la société, à la religion et à la patrie, les devoirs qu'ils sont en droit d'attendre d'hommes intelligents et de cœur, en faveur desquels tant et de si généreux sacrifices ont été faits. Respect à vos confrères étudiants et aux professeurs des autres Universités, respect pour vous-mêmes, respect pour vos professeurs dont la plus grande ambition est d'applaudir à vos succès. Respect et grand respect pour votre profession.

Rappelez-vous le respect et l'amitié qui doivent unir le médecin et le prêtre. Leur mission respective a presque le même but : aussi doivent-ils être unis pour soulager les souffrances physiques et morales de l'homme.

Remercions tous les hommes distingués, qui ont bien voulu rehausser l'éclat de cette séance, en l'honorant de leur présence.

En suivant ces conseils, vous serez l'honneur de votre *Alma Mater*. Eh ! Messieurs, vous avez raison d'en être fiers ! Outre les grands services qu'elle a rendus au pays, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a des droits incontestables à la reconnaissance de tous les Canadiens Français, spécialement du District de Montréal, parce que la première,

sur ce continent, elle a inauguré et continué, aux prix de luttes acharnées et de grands sacrifices personnels de ses professeurs, l'enseignement de la science médicale dans la noble langue de nos pères, notre belle langue française. (*Fin.*)

Pain de sang.

Monsieur le Rédacteur,

J'étais un jour en visite professionnelle chez un ami, lorsque celui-ci reçut son journal qui a nom, " l'Eco d'Italia," et qui se publie à New-York, E.-U. Poussé par la curiosité j'ouvre la feuille italienne et j'essaie de lire le premier article qui s'offre à mes yeux, article intitulé : " *Il pane di sangue!* " et extrait du "Siècle" de Milan. Malgré mon ignorance de la langue italienne, j'ai pu comprendre qu'il s'agissait d'une précieuse découverte que venait de faire un célèbre médecin italien. Cela m'intéressa au point que je suppliai mon ami de me donner lecture de cet article. Voici à peu près en quels termes notre ami italien nous en fit la traduction :

" *Le pain de sang!* "

On croirait à un drame sanglant ! mais tel est le nom qui se lisait sur une boîte qui a été expédiée de Milan (Italie), à Londres (Angleterre), et dans laquelle était renfermé le principe d'une grande révolution dans le système alimentaire. Le *pain de sang* est le fruit des grandes recherches et des immenses travaux du célèbre docteur *Carlo Bazzoni* qui a l'honneur aujourd'hui de le soumettre à l'examen des savants de l'Europe. Nous l'avons vu et goûté ce pain. Il est un peu salé et brun de couleur, ressemble au pain de seigle. Les personnes habituées au pain blanc ne le trouveront pas fameux, mais le pauvre peuple condamné à manger le pain grossier du maïs, le trouvera bien supérieur au goût. Le principe sur lequel est basée cette nouvelle découverte

est très simple. Mais au docteur Bazzoni appartient le mérite d'en avoir fait l'application. Le sang que l'on jette avec tant de prodigalité, contient tous les principes qui font de la viande l'aliment le plus réparateur de la force humaine. La viande, ici, se vend un prix si élevé que les classes ouvrières se trouvent dans l'impossibilité d'en acheter, bien que ce soient elles qui en aient le plus besoin pour réparer les forces qu'elles perdent dans un dur et pénible labeur. Or, puisque la rétribution du travail ne leur permet point de se payer une alimentation saine et nutritive, pourquoi ne pas utiliser tout ce qui se perd de *sang* à l'abattoir public. Il est indispensable que la nourriture de l'ouvrier soit composée en grande partie d'azote. Or, ce principe manquant, le pauvre artisan se trouve voué à un dépérissement général et prédisposé à cette terrible maladie du pays, appelée la *pellagre*.

Le *pain de sang* qu'on peut nommer aussi *pain de chair* peut réparer en grande partie ce mal, peut le prévenir. Outre cela, étant bien et abondamment nourri, le pauvre ne ressentira plus ce besoin d'avoir recours aux boissons alcooliques dans lesquelles il ne trouve qu'une funeste excitation à ses forces. On abandonnera l'usage du pain de maïs que tous les savants s'accordent à regarder comme insalubre, soit à cause des altérations nombreuses auxquelles la fleur de maïs est sujette, soit à cause de la manière dont elle est préparée.

Le plus grand obstacle pour faire le pain, c'était d'empêcher le sang de se coaguler, mais on est parvenu à réussir de telle sorte que le pain, d'après ce système, peut se conserver bon pendant plusieurs années.

Un pain de 100 grammes contient 40 gram. de farine de blé et 20 gram. de sang. Il coûte $\frac{1}{2}$ centin et renferme autant de nourriture qu'un pain ordinaire de 10 centins.

Le célèbre professeur Giovanni Polli suivait cette étude avec beaucoup d'intérêt. Le professeur Lombroso dit qu'avec ce pain on peut guérir la *pellagre*.

Il est bien certain que le préjugé populaire, pendant quelque temps, empêchera que l'on fasse usage de ce pain nou-

veau, mais la victoire appartiendra au bon sens. Le peuple s'habitue au *pain de sang* comme il s'est habitué à manger la *chair* du cheval et des autres animaux.

L'hygiène pourra compter, maintenant, sur le *pain de sang* comme devant être le grand réparateur des forces aussi bien que le grand dispensateur de la vie du pauvre.

F. X. TRUDEL, M.D.

Pain de viande.

M. Scheurer-Kestner a découvert que la fermentation du pain fait digérer complètement la viande. Il a trouvé que la chair de bœuf coupée par morceaux, et mélangée à la farine et à la levure, disparaissait entièrement durant la fermentation, cédant ses principes nutritifs au pain. Cette viande semble en outre pouvoir se conserver pendant un laps de temps indéfini dans ce nouvel état ; car des pains de viande, fabriqués en 1873, ont été soumis à l'Académie des Sciences, sans qu'on pût y découvrir de simples traces de vers ou d'humidité.

Au début de ses expériences M. Scheurer-Kestner employait la viande crue, dont il mêlait trois parties à cinq de farine et la même quantité de levure. Il ajoutait assez d'eau pour faire la pâte, qu'il laissait ensuite fermenter. Après deux ou trois heures la viande était disparue, et il boulangeait le pain de la manière ordinaire. Ainsi préparé, ce pain de viande avait un goût désagréable et sûr, ce qu'on évite en faisant cuire la viande pendant une heure dans assez d'eau pour pétrir la farine. Il faut que la viande soit dépourvue de gras, et n'avoir qu'assez de sel pour en corriger le goût, car le sel, absorbant l'humidité de l'air, tendrait à faire moisir le pain. On peut remplacer une partie du bœuf par du lard salé, ce qui en améliore le goût. La proportion de la viande à la farine ne doit pas excéder la moitié, de manière à en assurer

la digestion complète. Du pain fabriqué avec une proportion de veau convenable fournit une excellente soupe pour les malades et les blessés.—*Sanitary Record*.—*Sanitarian*.

Hôtel-Dieu.

Les médecins qui ont visité régulièrement les salles de l'Hôtel-Dieu depuis le 1er juillet au 1er octobre sont MM. les Drs G. O. Beaudry, L. A. E. Desjardins, H. G. Desjardins, W. H. Hingston, A. C. Macdonell, A. A. Meunier, A. Piché et E. H. Trudel.

Le Dr Brunelle y a été aussi appelé quelquefois.

Pendant ce dernier trimestre, 542 malades ont été admis et sur ce nombre 23 sont morts.

96 opérations ont été faites ; voici les principales :

Par le Dr Hingston :

Trois séances de lithotritie	Une cautérisation d'hémorrhéide uréthrale.
“ tenotomies	“ extraction de fragment de cathéter métallique resté dans l'urèthre
Deux amygdalotomies	“ ablation d'hémorrhéides
Une ablation du sein	“ pied bot, etc., etc.
“ thoracentèse	
“ paracentèse du crâne	
“ ovariectomie	

Par le Dr Beaudry :

Deux fistules anales débridées	Un pied bot
“ kystes sebacés enlevés	“ lipome au cou
Une amputation de la cuisse	“ squirrhe à l'aisselle
“ “ du pouce	“ staphyloplastie
“ resection du 1er métatarsien	“ ablation d'un corps cartilagineux hyalin au genou
“ resection du 5me métatarsien	“ cas de carie du calcaneum
“ amygdalotomie	Etc., etc.

Par le Dr Brunelle :

Deux amygdalotomies	Une résection de l'omoplate
Une lithotomie	“ deviation du septum
“ staphyloplastie	“ syndactylie
“ kyste sebacé enlevé	Etc., etc.

Par les Drs Desjardins :

Quatorze cataractes	Deux trichiasis
Onze iridectomies	Une énucléation
Neuf strabotomies	“ ablation de hernie de l'iris
Six fistules lacrymales	“ “ de staphylome
Cinq cantoplasties	Tatouages de la cornée, etc.
Trois entropions	

Les principales maladies chirurgicales qui ont été rencontrées sont les suivantes :

Ulcères et plaies	15	Rétrécissement de l'urèthre	2
Adénite	7	Hypertrophie de la prostate	2
Eczema	3	Kyste de l'ovaire	2
Syphilis	3	Incontinence d'urine	1
Arihrite	3	Fistule recto vaginale	1
Cancer	3	Tumeur intra orbitaire	1
Coxalgie	3	Sciatique	1
Fracture	2	Otite	1
Brûlure	2	Blessure à la cornée	1
Ecthyma	2	Goître	1
Synovite	2	Etc., etc.	

Voici les principales maladies internes qui ont été traitées :

Rhumatisme	34	Ictère	2
Fièvres	18	Néphrite	2
Bronchite	15	Epilepsie	2
Diarrhée	14	Erysipèle	2
Phthisie	13	Scrofule	2
Maladies du cœur	10	Gastralgie	2
Dyspepsie	8	Péritonite	2
Pleurodynie	7	Asthme	2
Leucorrhée	7	Diphthérie	2
Paralysie	6	Dyssenterie	1
Nevralgie	5	Anévrisme de l'aorte	1
Pneumonie	3	Albuminurie	1
Mérite	3	Hépatite	1
Entérite	3	Polyurie	1
Amenorrhée	3	Scorbut	1
Pleuresie	2	Etc., etc.	
Hyperémie cérébrale	2		

FERD. ST. JACQUES, E. M.

Interne à l'Hôtel-Dieu.

De l'ablation des tumeurs du ventre, considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement.

Par M. le Docteur. PEAN.

Depuis que le traitement chirurgical des tumeurs du ventre s'est élargi au point de légitimer des opérations qui, autrefois, passaient pour téméraires, mais qui aujourd'hui, sont généralement acceptées, il est devenu nécessaire d'étudier avec le plus grand soin toutes les questions qui se rapportent à ce groupe d'opérations.

A ce point de vue, il est trois états qui, chez la femme, ont une réelle importance; nous voulons parler de la menstruation, des appétits vénériens, de la fécondation, de la grossesse et de l'acte de l'accouchement. Déjà, nous avons eu souvent l'occasion de citer des faits tirés de notre pratique, et qui se rattachent à cette double question. Le moment nous semble venu de ne plus les laisser à l'état isolé, mais de les grouper, de les composer et de présenter sous une forme condensée ce qu'ils nous ont appris.

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION.

Pour examiner l'influence qui paraît revenir à la menstruation sur le résultat de l'ablation des tumeurs abdominales et pelviennes, il faut envisager celle-ci avant la puberté pendant la période d'activité utéro-ovarienne et après la ménopause.

Nous ferons d'abord observer que l'âge auquel la menstruation s'est établie est sans action appréciable sur les résultats à attendre de la gastrotomie.

1^o *Opérations pratiquées avant la puberté.* — Il est exceptionnel que l'on ait à pratiquer l'opération avant que les malades ne soient réglées. Dans les rares cas où nous avons dû le faire, le résultat a été favorable, comme pour la plupart des grandes opérations pratiquées dans la jeunesse. C'est ce que nous avons observé notamment sur une petite fille de douze ans que

nous avons délivrée, en janvier 1877, d'un énorme kyste dermoïde de la région ovarique, qui avait été ponctionné à plusieurs reprises et qui contenait plus de vingt litres de liquide.

2^o *Opérations faites pendant la période d'activité de l'utérus et des ovaires.* — Cette question mérite d'être étudiée à plusieurs points de vue.

En règle générale, et à moins de contre-indications qui vont être exposées, on ne doit pas opérer les malades pendant la période menstruelle. Il faut attendre que celle-ci soit complètement passée. L'époque qui nous paraît être préférable est la semaine qui succède à la cessation des règles. Toutefois, cette ligne de conduite n'est pas absolue. En effet, certaines malades ont des règles si abondantes et si prolongées qu'elles épuisent et qu'elles compromettent leur état général. Chez d'autres, elles se prolongent sous forme d'écoulements sanguins continus, accrus d'une façon irrégulière par de véritables hémorrhagies, si bien qu'il n'est plus possible de distinguer la période des menstrues.

Dans tous ces cas il serait dangereux d'attendre que la période menstruelle soit supprimée et il ne faut prendre d'autre objectif que ce que commande l'état général des malades. Nous n'avons jamais observé, pour notre compte, qu'il soit survenu d'accidents imputables à une opération pratiquée dans de semblables conditions.

C'est ici le lieu de se demander si les troubles de la menstruation ont une influence sur le résultat définitif de l'opération? Presque toutes les malades qui portent une tumeur du ventre ou du bassin, nécessitant une intervention chirurgicale, ont présenté ou présentent des troubles de la menstruation caractérisés par des retards, une plus grande fréquence ou des métrorrhagies. A vrai dire, ces désordres peuvent influencer sur le résultat définitif, mais seulement au même titre que s'ils étaient provoqués par toute autre cause.

La période menstruelle exerce une influence appréciable sur certaines tumeurs abdominales et en particulier sur les myômes utérins et péri-utérins. Elle augmente considérable-

ment leur volume et modifie parfois leur consistance au point d'y faire naître de la fluctuation. Il se produit alors dans la trame de la tumeur une infiltration séreuse abondante, et cette fausse fluctuation peut tromper le chirurgien au point de le décider de tenter une ponction. Cette particularité, que nous avons observée de préférence dans les gros myômes sous-péritonéaux frappe d'autant plus l'observateur, que le volume et la mollesse de la tumeur tendent à diminuer et même à disparaître complètement quelques jours après que les règles ont cessé de couler.

Que devient la menstruation après l'ablation des tumeurs du ventre et du bassin ? Pour répondre à cette question, il faut nécessairement établir des distinctions suivant la nature de l'organe qui donnait implantation à la tumeur et suivant qu'il a été intéressé ou enlevé pendant l'opération.

S'il s'agit de tumeurs de la rate ou du mésentère, c'est-à-dire d'organes qui n'ont que des rapports indirects avec le système génital, la menstruation n'en éprouve aucun retentissement. Chez nos deux splénotomisées, la menstruation était difficile et douloureuse avant l'opération, et elle a conservé ces mêmes caractères après l'opération. Il n'en est pas de même pour les tumeurs développées sur les ovaires ou les ligaments larges.

Si un seul ovaire est enlevé, la menstruation continue régulièrement par la suite, et la quantité du sang écoulé ne paraît pas diminuée. Il est à remarquer, pour les malades de ce groupe chez lesquelles le pédiculé de la tumeur avait été fixé à l'angle inférieur de la plaie des parois, que, chez bon nombre d'entre elles, pendant des mois, quelquefois pendant des années à chaque époque menstruelle, la cicatrice cutanée laissa suinter, par la surface de section de la trompe et du ligament de l'ovaire enlevé, un liquide clair et transparent, ou quelques gouttes d'un sang bien coloré.

Lorsque les deux ovaires ont été excisés, il est exceptionnel de voir persister l'écoulement menstruel. Toutefois, celui-ci ne se supprime pas toujours brusquement dès le premier mois

qui suit l'opération. On voit, au contraire, un effort hémorragique, se reproduire souvent pendant quelques mois, en même temps que l'on constate qu'il perd sans cesse d'intensité

Un phénomène très digne d'être noté, c'est qu'il est fréquent de voir des malades qui ont subi l'extirpation d'un seul ou des deux ovaires dans la semaine qui suivait la cessation de leurs règles, être reprises d'un nouvel écoulement cataménial dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération. Cet écoulement a lieu d'ailleurs habituellement chez les femmes à la suite de toutes les opérations. Il n'est pas suivi de métrorrhagies. Il est sans influence sur l'issue du traitement. Il trouve sans doute sa cause dans une sorte de congestion pelvienne causée par le traumatisme.

Chez les malades jeunes ayant subi une ovariectomie double, et chez lesquelles l'écoulement de sang menstruel avait été supprimé, il est arrivé souvent qu'elles ont pris de l'embonpoint et que, à chaque époque, elles ont eu des bouffées de chaleur du côté de la face, de la plénitude du côté de la poitrine, et parfois des pertes de connaissance.

Lorsque l'utérus a été enlevé avec un seul ou avec les deux ovaires, la menstruation se supprime habituellement d'elle-même après un ou plusieurs mois. Cependant nous avons vu un cinquième de ces mêmes malades chez lesquelles la menstruation a persisté avec régularité, bien qu'il ne restât d'autres vestiges des organes génitaux internes qu'une portion plus ou moins complète du corps de l'utérus. Ce phénomène s'est reproduit pendant plusieurs années, lors même que les malades étaient âgées au moment de l'opération.

Après l'ablation du corps de l'utérus et des deux ovaires, il est commun de voir, comme nous l'avons signalé pour l'ablation de l'ovaire, le flux cataménial s'établir à l'hypogastre au niveau de la surface de section du corps de l'utérus et des ligaments ovariens, au niveau de l'angle inférieur de la plaie, sur les points où ils se sont cicatrisés en se confondant avec les lèvres des parois abdominales. Cet écoulement sanguin est plus ou moins abondant. Cette persistance régulière de

l'écoulement menstruel après l'ablation du corps de l'utérus et des ovaires, nous a souvent donné à réfléchir. C'est pour éviter que le sang ne vienne à tomber dans le péritoine et à cause des hématoécès, que nous avons abandonné pendant longtemps notre première méthode qui consistait à remettre les pédicules ovariens dans le ventre après les avoir excisés, ayant observé des malades ainsi opérées qui, à chaque époque menstruelle, éprouvaient des douleurs intenses au fond du bassin. C'est pour un motif analogue que nous avons posé en principe, autrefois, que dans l'ablation de l'utérus par la gastronomie, il fallait enlever en même temps les deux ovaires pour éviter l'apparition des hématoécès au moment des règles. Cette particularité s'était produite, en effet, chez une des malades auxquelles nous avions enlevé en même temps que l'utérus un seul ovaire. A l'époque menstruelle suivante, la malade, chez laquelle l'opération avait pleinement réussi, succomba par suite d'une hématoécèle pelvienne provenant de l'ovaire conservé, comme nous pûmes le constater à l'autopsie. Depuis cette époque, nous avons trouvé plusieurs malades chez lesquelles nous n'avons pas cru devoir suivre cette ligne de conduite, parce que l'ablation du second ovaire présentait des difficultés sérieuses et chez lesquelles nous avons cru devoir le laisser dans la cavité pelvienne où il devait nécessairement s'atrophier. Les faits de ce genre, tirés de notre pratique, sont actuellement assez nombreux pour nous prouver que le cas malheureux que nous avons observé était exceptionnel, et nous n'avons pas vu le même accident se reproduire, lors même que l'utérus seul avait été enlevé, tandis que l'un et même les deux ovaires avaient été conservés.

Il n'est pas possible d'admettre que l'écoulement sanguin qui se continue dans ces conditions soit de même nature que de véritables règles nées sous l'influence de l'ovulation, puisque celle-ci se trouve nécessairement supprimée. On a donc cherché à l'expliquer par une sorte d'habitude organique. Ce mot lui-même ne fait que masquer une inconnue, puisque le molimen continue à se montrer avec une parfaite régula-

rité, et avec non moins d'abondance que s'il se fût agi d'un réel travail d'ovulation, chez certaines malades, tandis que chez d'autres le travail de la menstruation se trouve complètement supprimée.

INFLUENCE SUR LES APPÉTITS VÉNÉRIENS.

Il est difficile d'obtenir des renseignements précis des malades sur les différences qu'elles observent dans les appétits vénériens lorsqu'elles ont été soumises à l'ablation des ovaires et de l'utérus. La plupart se prêtent mal à ces interrogations, d'autres sont disposées à exagérer les sensations qu'elles éprouvent. L'ablation d'un seul ovaire ne paraît pas modifier en rien ces appétits. Il résulte de renseignements qui paraissent sérieux, pris chez des femmes encore jeunes à qui nous avons enlevé les deux ovaires, qu'elles éprouvent les mêmes désirs et les mêmes sensations après qu'avant l'opération. Il en fut de même chez des malades auxquelles l'utérus fut enlevé en même temps que l'un des ovaires ou les deux. Comme la plupart de ces malades étaient âgées, elles paraissaient plus indifférentes à ces questions.

INFLUENCE SUR LA FÉCONDATION.

En ce qui concerne la fécondation, nul doute que l'ablation du corps de l'utérus et celle des deux ovaires la rendent impossible ; mais, pour ce qui est de l'ablation d'un seul ovaire, elle ne paraît modifier en rien la facilité avec laquelle la fécondation s'exécute. Notre première opérée avait eu cinq enfants avant d'être soumise à l'ovariotomie. Elle en eut deux dans les trois années qui suivirent, bien que l'opération ait nécessité le décollement d'adhérences générales et la résection du grand épiploon. Plusieurs dames, qui étaient mariées, ont eu un enfant moins de douze mois après l'opération, d'autres deux ou trois enfants dans les deux, trois ou quatre années qui suivirent. Les jeunes filles qui se sont mariées dans les années qui ont suivi l'opération sont devenues enceintes presque immédiatement après le mariage. Toutes les proportions gardées, il semble que les malades jeunes opérées

d'ovariotomie, ont eu plus de facilité que d'autres à être fécondées et l'opération a même eu cet avantage que quelques-unes, qui jusque-là avaient été stériles, l'ablation de l'ovaire malade a facilité la fécondation. Il est à présumer que, dans ces cas, la tumeur avait été elle-même une des causes de la stérilité. Cette heureuse influence semble également s'exercer sur la grossesse et l'accouchement.

INFLUENCE SUR L'ÉTAT DE GROSSESSE.

L'ablation des tumeurs du ventre, envisagée dans ses rapports avec l'état de grossesse, soulève plusieurs questions et exige que nous entrions dans quelques développements.

D'abord, peut-on opérer pendant la grossesse? Il est bien entendu que, pour résoudre cette question, nous ne devons pas nous occuper de ces cas tellement urgents, qu'il importe d'opérer au plus tôt pour sauver la mère et sans même que le chirurgien ait le temps de se préoccuper de l'avortement.

À côté de ces cas d'urgence, il faut placer ceux où la grossesse est nécessairement méconnue pour des causes dont nous ferons connaître les principales, et dans lesquels le chirurgien pratique une opération reconnue nécessaire; bien qu'elle pût, à la grande rigueur, être différée.

Les cas dans lesquels l'état de grossesse peut être méconnu sont d'ailleurs peu fréquents. On les observe surtout lorsque la conception est de date récente, remontant à un ou deux mois, par exemple chez des femmes mal réglées et sujettes à des retards. Chez la malade dont nous avons publié l'observation (*Cliniques de l'hôpital Saint Louis* t. I, p. 678), nous ne songeâmes même pas à la possibilité d'une grossesse, la malade ayant eu ses dernières règles environ un mois avant le jour où nous nous décidâmes à l'opérer. Chez d'autres malades les troubles de la menstruation sont encore plus prononcés et de date si ancienne que le chirurgien ne peut guère être mis sur la voie d'une grossesse commençante, lors même qu'il tient compte des signes locaux et des symptômes fonctionnels. Lorsque la grossesse est parvenue déjà à une période avancée,

il est habituellement facile de la reconnaître. Cependant il est des cas où elle est masquée par d'énormes productions ovariennes, méésentériques, utérines où le diagnostic présente les plus grandes difficultés. C'est surtout lorsque la cavité utérine est refoulée en arrière par des tumeurs fibreuses ou fibrokystiques développées dans les parois, qu'il devient impossible de reconnaître son contenu à l'aide du palper et des moyens d'exploration, comme cela eut lieu dans l'observation 213 du tome 1^{er} de nos cliniques. Si, en outre de cette condition locale, la malade est à un âge où il n'y ait plus beaucoup lieu de songer à la grossesse, si de plus elle est veuve depuis plusieurs années, en dépit de quelques symptômes fonctionnels qui auraient pu donner l'éveil à son esprit, il est fort à redouter qu'un chirurgien, même très attentif, ne soit trompé par la malade et disposé à s'abuser dans de semblables circonstances. C'est parce que de tels faits sont loin d'être rares dans la pratique d'un chirurgien exercé qu'il doit avant tout, lorsqu'il est en présence d'une tumeur même ancienne et volumineuse de l'ovaire ou de l'utérus, rechercher avec le plus grand soin si la coexistence d'une grossesse n'a pas lieu et pour peu qu'il y ait des doutes, ne se décider à l'opération qu'au moment où elle est absolument urgente.

Lorsque l'état de la grossesse n'est pas douteux, si le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur liquide ou solide qui menace l'existence de la malade, quelle conduite doit-il tenir? Doit-il, comme l'indiquent certains chirurgiens, lui refuser tout concours et la laisser succomber plutôt que de tenter de la sauver en recourant à une grande opération? Ceux qui professent une semblable opinion se fondent sur ce fait, que les opérations pratiquées sur les femmes enceintes les exposent à des hémorrhagies redoutables, surtout si l'opération a lieu au voisinage de la cavité pelvienne. Ces craintes ont été singulièrement exagérées et les faits tirés de notre pratique sont assez nombreux pour démontrer que ces dangers, en particulier celui d'une hémorrhagie, n'ont pas l'importance qu'on leur attribue. Les succès ont été aussi nombreux chez les

malades opérées dans l'état de grossesse, que chez celles opérées dans d'autres conditions. Il ne faudrait pas hésiter à intervenir en pareille occurrence, si cela était nécessaire pour sauvegarder la vie de la malade.

Maintenant que nous voici plus rassurés sur l'issue que peut avoir, pour une femme enceinte, un traumatisme chirurgical entrepris sur l'abdomen ou sur l'un des organes pelviens, il importe également de connaître l'influence que peut avoir une telle intervention sur la marche de la grossesse.

D'une façon générale, et nous fondant sur des faits que nous avons pu observer, nous disons que l'on est d'autant plus en droit d'espérer voir la grossesse continuer son cours qu'elle est encore plus près de son début, au moment où l'on opère ; que l'organe sur lequel le chirurgien agit est plus distant, anatomiquement et plus indépendant, physiologiquement, de l'utérus gravide ; enfin, si l'opération intéresse l'utérus lui-même, que le point de l'organe sur lequel on agit est plus éloigné de l'insertion de l'œuf, sur le col, par exemple, plutôt que sur le corps de l'utérus.

La première de ces propositions, — l'avortement est d'autant moins à redouter que l'on opère à une époque plus rapprochée du début de la grossesse, — nous semble suffisamment établie par certains faits de notre pratique. en voici quelques-uns aussi résumés que possible.

Obs. 1. — En Avril 1876, nous opérâmes une jeune femme de 23 ans qui porte une tumeur liquide enkystée insérée dans la région ovarique gauche. Cette jeune femme est très fraîche, a toutes les apparences d'une bonne santé, malgré l'existence de la tumeur. Elle a déjà eu un enfant et vu ses dernières règles, il y a environ un mois.

Bien que, d'après le dire de la malade, cette tumeur n'eût que huit mois de date, qu'elle n'eût jamais été ponctionnée, que son volume fût relativement considérable pour un début aussi rapproché, que sa surface présentait quelques espaces très durs, que nous supposons, du reste, de nature aréolaire, et qu'il existât un peu d'œdème des parois ventrales au niveau de l'hypogastre, nous nous décidâmes à l'opérer.

L'opération nous montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur kystique développée sur l'ovaire gauche, mais que la poche qui la formait avait une surface irrégulière, grenue et rugueuse, comme couverte de gouttes de cire et qu'elle était de gris brunâtre et terne. La consistance de cette paroi était des plus ferme et même très dure, l'épaisseur de coupe considérable, d'un centimètre et demi là où elle était le plus mince, de près de quatre centimètres dans d'autres endroits. En même temps, une grande frange du grand épiploon, qui était adhérente à la face antérieure et supérieure de la tumeur vers son côté externe, à droite, avait manifestement subi la dégénérescence cancéreuse, comme la tumeur sur laquelle elle avait pris de grosses anastomoses vasculaires.

Nous liâmes et nous excisâmes toute la portion du grand épiploon qui nous parut malade, d'autre part, nous attirâmes, autant que nous le pûmes à travers l'angle inférieur de la plaie, le pédicule de la tumeur qui venait de l'ovaire gauche, pédicule qui était assez long un (quinzième de centimètre) et très gros. En agissant ainsi nous voulions laisser dans le ventre le moins possible de tissus douteux. Le reste du péritoine nous parut un peu rouge, mais sain et peu disposé à saigner au moindre contact, ce que nous imputâmes justement à l'état cancéreux et non pas à la gravidité de l'utérus que nous ignorions.

Cette malade guérit très rapidement et sans incident particulier. Elle se levait le vingtième jour, quittait la maison de santé avant un mois écoulé. Les règles n'avaient pas reparu, ce dont nous ne nous préoccupâmes en aucune façon. A la fin du mois de juin suivant, nous fûmes avertis par nos confrères les docteurs Fouques et Chavant que la malade était en proie à une péritonite aiguë due à la récurrence et à la généralisation rapide de l'affection cancéreuse. Pendant la durée de cette péritonite symptomatique se fit spontanément l'expulsion, en bloc, d'un enfant à terme.

Voici maintenant une observation pour établir que la tolérance de l'utérus gravide paraît être bien moindre, en pré-

sence des traumatismes chirurgicaux intéressant l'abdomen quand l'œuf a déjà acquis un certain volume. Ici encore, il s'agit de l'extirpation d'une tumeur kystique de l'ovaire, mais cette fois de bonne nature.

Obs, II. — A la fin d'avril de la même année, s'était confiée à nos soins une femme de 36 ans, ayant toujours été fort délicate, portant une hémiplégie faciale depuis l'enfance, sujette à ces troubles et à l'aménorrhée. Elle était venue à nous pour une tumeur kystique qui avait été reconnue il y a plus d'un an. Le ventre était énormément distendu, la malade n'avait pas vu ses règles depuis cinq mois, ; elle ne conservait ni aliments, ni boisson, sa santé était absolument compromise et sa faiblesse extrême. Par la palpation, il était impossible de reconnaître l'existence d'une membrane enveloppant le liquide ; par contre, la percussion donnait les limites habituellement présentées par les tumeurs enkystées de l'ovaire. Le col utérin était exhaussé, un peu dévié à droite, gros, un peu mou, mais non ouvert. Une ligne légèrement brune pouvait être reconnue sur le ventre ; l'aréole des seins était rose plutôt que brune ; les corpuscules de Malpighi peu apparents.

En raison de l'état général et de l'intensité des troubles digestifs, je me décidai à faire une ponction dans les premiers jours de mai ; elle donna 22 litres de liquide translucide, légèrement visqueux et filant, manifestement d'origine kystique. A la suite, les vomissements disparaissent, la digestion s'améliore, les forces reviennent. Les règles ne reparaissent toujours pas.

Dans les jours qui suivirent la ponction, en pratiquant le palper du ventre, on sent superficiellement une tumeur molle qui se laisse facilement déprimer par la main, mais dont il n'est pas possible de saisir nettement les parois, quoique les parois du ventre, très flasques, ne soient que peu relevées sur elles-mêmes. Plus profondément, on sent une tumeur plus petite, plus consistante et plus fixe. Est-elle constituée par l'utérus gravide ? N'est-ce, au contraire,

qu'une masse ovulaire ou une petite loge avoisinant le pédicule ? Devant l'impossibilité d'arriver à une certitude absolue, nous nous décidons à différer autant que nous le pouvons le moment de l'opération.

Mais à mesure que le kyste se remplit reparaissent et augmentent d'intensité les troubles digestifs. A la fin de mai, la tumeur a repris à peu près son précédent volume, la malade ne conserve plus d'aliments, elle a reperdu ses forces et elle est menacée d'une mort prochaine.

Nous avons l'espérance de la sauver en nous décidant à opérer ; l'opération pratiquée le 8 juin met à découvert un kyste multiloculaire pédiculé sur l'ovaire droit, dont la face antérieure présente quelques adhérences épiploïques molles et sans résistance ; puis, en arrière et au-dessous de lui, un utérus gravidé dont le fond est un peu dévié à gauche. L'évacuation du contenu kystique, l'extirpation du sac et la ligature du pédicule furent faits suivant notre procédé ordinaire. Pendant tout le temps nous cherchâmes à éviter l'utérus, nous efforçant même de l'ébranler le moins possible.

Au cours de cette opération nous pûmes nous assurer combien tous les organes du petit bassin étaient fortement gorgés de sang et augmentés de volume. Ainsi la trompe droite et son pavillon, qui, accolés au kyste, durent être liés avec le pédicule de celui-ci, étaient d'un rouge ardoisé et considérablement amplifiés. Le sang qui les gorgeait était en si grande abondance que lorsque nous eûmes, comme d'ordinaire, placé nos ligatures métalliques définitives et bien serré celles-ci, le sang emprisonné dans la portion de trompe et dans le pavillon situés au-dessus des ligatures reflua avec assez d'abondance, au moment de la section, pour former presque un jet. Au demeurant, nous restâmes toujours absolument maîtres de l'hémostase et il n'y eut aucun accident à signaler.

Pour en revenir au produit de la conception qui doit faire le sujet principal de cette note, nous dirons que les suites de l'opération furent des plus simples dans les deux premiers

jours qui la suivirent. Vers la fin du troisième jour, quelques coliques se firent sentir dans la fosse iliaque droite. Comme, malgré cela, il n'y avait aucun symptôme de péritonite, et que l'on craignait que le maintien de la glace en permanence sur le ventre qui avait été prescrit jusque-là ne devint préjudiciable au fœtus, on fit enlever les sacs de glace. La quatrième journée fut un peu moins favorable. La nuit, un commencement de travail d'expulsion de l'œuf, mais très manifeste, se produit. On parvient à l'enrayer avec de petits lavements laudanisés. La journée du lendemain est encore assez pénible pour la malade, et dans la nuit qui suivit (4e jour) les douleurs reprennent et l'expulsion d'un fœtus de quatre mois et demie eut lieu à une heure du matin ; quelques minutes plus tard la malade était délivrée, et comme elle avait perdu, pendant l'accouchement, plus de sang que ne le comportait son état d'extrême faiblesse, un gramme d'ergot de seigle lui fut administré.

Les suites de la gastrotomie exigèrent un peu plus de soins que pour les autres cas simples ; la durée du traitement consécutif fut surtout un peu accrue, puisque ce n'est que le 9 juillet, un mois après l'opération, que la malade fut assez forte pour quitter la maison de santé et être transportée à Rueil. Mais le changement d'air acheva de la remettre très rapidement.

Notre seconde proposition, que l'avortement est d'autant moins à redouter que l'organe sur lequel a agi le chirurgien est plus éloigné, anatomiquement, de l'utérus, et, physiologiquement, plus indépendant de lui, pourrait se passer de démonstration. Toutefois, puisque nous venons de montrer comment les choses se sont passées pour les opérations ayant eu la région de l'ovaire pour siège, nous allons citer un cas de grossesse coexistant avec une énorme tumeur fibro-cystique de l'utérus, et ce sera, en outre, une occasion de faire comprendre comment une tumeur aréolaire, très volumineuse, peut masquer un état de grossesse déjà avancée.

Obs. III.—Madame X..... nous est adressée de Liège. Elle

est âgée de 43 ans. Elle est veuve depuis neuf ans. Elle porte dans l'abdomen une énorme tumeur. Celle-ci date de plus de trois ans. Pendant son évolution et surtout dans les derniers mois, elle a causé à la malade des douleurs horribles qui l'ont complètement épuisée et jetée dans le dernier degré de maigreur et de faiblesse. Ses pertes répétées ont contribué à hâter la production de cet état ; enfin le volume de la tumeur est tel que la compression qu'elle exerce sur le tube digestif rend impossible la conservation et l'assimilation des rares aliments qui sont ingérés.

La tumeur remonte jusqu'à l'épigastre et s'engage sous les hypochondres, qu'elle distend. Sa forme est assez régulièrement globuleuse ; sa surface lisse et unie. La consistance n'est pas uniforme. Manifestement solide dans sa moitié droite, elle est nettement fluctuante à sa gauche. Par en bas, cette tumeur s'engage profondément dans l'excavation pelvienne. La vessie est fortement entraînée en haut par la tumeur. Sa cavité est disposée en bissac par suite de la pression qu'elle reçoit de la symphyse pubienne. Le toucher vaginal permet de reconnaître que l'utérus est fortement remonté ; si loin qu'on engage le doigt, on ne peut en atteindre le col. On rencontre seulement une surface globuleuse, solide, de consistance fibreuse, qui proémine dans la cavité pelvienne.

En combinant le palper hypogastrique avec le toucher vaginal et en imprimant des mouvements à la masse morbide, on s'assure que ceux-ci se transmettent à la portion de tumeur en rapport avec le doigt qui est dans le vagin.

La diagnostic de tumeur fibro-cystique de l'utérus ayant été porté, en raison du degré extrême d'épuisement dans lequel était tombée la malade, de l'insuffisance inquiétante que présentaient la nutrition, la respiration et l'hématose, nous nous décidâmes à tenter l'extirpation de la tumeur comme ressource dernière.

Par une incision très longue faite aux parois, nous fîmes préalablement la ponction de diverses cistes liquides conte-

nues dans l'épaisseur de la tumeur, afin de réduire ainsi, autant que possible, le volume de celle-ci. Nous obtîmes de la sorte 2 litres d'un liquide séreux, bien limpide, dont les couches profondes seulement arrivèrent un peu teintées de sang. Puis nous attaquâmes la portion fibreuse en mettant en jeu notre méthode de morcellement, afin de ménager complètement le sang de cette malade, déjà si appauvrie. Mais auparavant, une grave complication se présenta qui devait prolonger la durée de l'opération. Il ne s'agissait de rien moins que de décoller de la surface de la tumeur une large coque cellulo-séreuse, très riche en vaisseaux, surtout à mesure que l'on avançait dans le fond du bassin et vers le voisinage de l'utérus, et qui n'était autre que le large repli formé par les ligaments larges amplifiés et coiffant un utérus que nous ignorions être gravide.

Ayant réussi dans cette tâche, une autre difficulté surgit. La vessie, que nous avons vue être entraînée en haut et en avant de la tumeur, n'était plus adhérente à celle-ci, avait tendance à être sans cesse expulsée hors du ventre, et il fallut, pour la tenir réduite, l'envelopper dans une serviette chauffée et la faire maintenir en place par un aide.

Lorsque nous procédâmes définitivement à l'ablation de la tumeur, nous vîmes qu'elle se rétrécissait brusquement à sa base et qu'elle s'insérait directement sur un corps utérin très volumineux et qui paraissait simplement hypertrophié, comme cela se voit avec certains fibromes interstitiels. Cette portion du corps utérin avait environ douze centimètres de diamètre. Nous traversâmes donc la paroi utérine au niveau du point où finissait le fibrome, avec deux fortes épingles placées en croix; elles nous servirent à maintenir une ligature définitive faite d'un fil métallique. Cette surface utérine, liée, représentait le fond et une petite portion de la paroi antérieure et supérieure de la matrice. Elle fut fixée en dehors, vers l'angle inférieur de la plaie, au moment de la fermeture du ventre. Quant à la coque cellulo-séreuse, précédemment décollée, elle fut étalée au devant du corps

utérin et maintenue linéairement dans cette position en la traversant par les sutures profondes et les épingles des sutures entortillées qui devaient fermer la plaie des parois abdominales.

A la fin de l'opération, alors que nous procédions à la réunion des parois ventrales, devenues excessivement lâches et flasques, nous n'avions pas été sans nous apercevoir que ce qui restait de l'utérus présentait encore un volume insolite. Mais nous ne pensions qu'à une hypertrophie et, vû l'état de la malade et la durée déjà longue de l'opération,—deux heures et demie,—nous crûmes prudent de ne pas aller plus loin.

Lorsque nous vîmes la malade le lendemain, elle était sous l'influence de douleurs expulsives qui furent suivies de l'expulsion d'un enfant de cinq mois et demi. Le détachement du placenta s'était fait spontanément et la malade ne poussa un cri qu'au moment où l'enfant franchit la vulve. Il n'y eut aucune hémorrhagie.

S'il est déjà remarquable qu'une opération d'une aussi large étendue et sur des organes aussi fortement vascularisés ait pu être faite, grâce à nos pinces hémostatiques et à notre procédé de morcellement, avec une perte de sang insignifiante, il ne l'est pas moins de voir avec quelle simplicité et quelle rapidité cette malade a guéri. Elle put se lever dès le vingtième jour, et si elle attendit jusqu'au trentième jour pour rentrer chez elle, en Belgique, ce fut la rigueur du temps qui l'empêcha de se mettre en route quatre ou cinq jours plus tôt.

Nous arrivons à l'ablation des tumeurs siégeant sur le col de l'utérus envisagée dans ses rapports avec la grossesse.

Ces tumeurs peuvent être des polypes, des kystes, des fibrômes ou des cancers.

D'abord, dans quels cas l'ablation peut-elle être légitimée ? Il n'y a que deux conditions : 1. la tumeur menace d'empêcher la grossesse d'arriver à son terme ; 2. elle deviendra un obstacle sérieux pour l'accouchement.

Si c'est un polype inséré sur le col ou dans son voisinage, dans sa cavité, qui, par des pertes répétées, fait redouter que le cours de la grossesse ne soit interrompu, il faut l'enlever en donnant la préférence au procédé d'extraction qui sera le moins susceptible d'ébranler l'utérus, par exemple la ligature ou l'excision par broiement ou encore l'arrachement uni à la torsion, mais faite avec de grands ménagements.

Pour les kystes, on peut s'en tenir à la ponction et faire celle-ci de bonne heure si le volume de la tumeur est tel qu'il puisse gêner l'ampliation et le mouvement d'élévation de la matrice, ou attendre le moment de l'accouchement, si la capacité du kyste ne paraît devoir devenir un obstacle que pour le passage du produit de la conception.

Pour les fibrômes du col, la règle nous paraît devoir être celle-ci : attendre toutes les fois que le corps fibreux ne détermine pas de perte et qu'il est encore de volume assez petit pour ne devoir pas gêner l'accouchement. Au contraire, s'il cause des pertes abondantes et fréquentes, l'enlever sans attendre qu'il ait provoqué un avortement. Nous avons pu agir ainsi et permettre à la grossesse d'atteindre à son terme.

Si le corps fibreux est assez volumineux pour qu'il soit certain qu'il s'opposera à l'accouchement, on peut hésiter entre deux conduites : l'enlever dès qu'il est reconnu ou, au contraire, ne le faire qu'au moment même de l'accouchement. Nous avons eu l'occasion d'agir de l'une et de l'autre manière, et nous nous croyons autorisé à dire, en tenant compte des faits de notre pratique, qu'il nous paraît préférable d'intervenir plus tôt que plus tard.

Avec les tumeurs cancéreuses, est-il besoin de le dire, la situation est toujours déplorable. Temporiser, c'est vouer à peu près sûrement les malades à des pertes répétées, à une généralisation de l'affection à une grande partie de l'utérus, généralisation qui se fait d'une façon extrêmement rapide dans ces tissus exceptionnellement vascularisés ; c'est en outre, exposer la malade à un cas des plus embarrassants et des plus graves de dystocie. Pour tous ces motifs, nous

croyons que les tumeurs cancéreuses qui affectent le col de l'utérus pendant la grossesse doivent être enlevées, si elles sont reconnues, dès les premiers mois de celle-ci.

C'est le moment d'examiner quelles conditions particulières présente l'ablation des tumeurs pendant la grossesse et aussi quelle influence une semblable intervention peut présenter sur les suites de l'accouchement.

La première de ces questions ne nous occupera qu'un instant. Quelques chirurgiens avaient avancé, nous ne savons trop d'après quelles données, que l'état de grossesse, au moment d'une opération pratiquée sur l'utérus ou au niveau du bassin, exposait les malades à des hémorrhagies abondantes, à peu près impossibles à maîtriser et si dangereuses qu'elles contre-indiquaient toute opération. Nous n'avons pas vu qu'il en fût ainsi. Il n'est pas douteux que la vascularité de l'organe gestateur et de ses annexes en soit considérablement augmentée pendant l'état de grossesse, mais elle ne l'est pas au point qu'une bonne hémostase ne puisse être assurée au moyen du pincement ou de notre procédé de morcellement,—qui ménage en outre la quantité du sang dont la malade se trouve spoliée,—s'il s'agit de l'extraction d'une volumineuse tumeur solide. Nous ne nous arrêterons pas davantage à retorquer cette opinion erronée qui aujourd'hui est même abandonnée par ceux qui l'ont un instant soutenue.

Quant à l'influence qui paraît revenir à l'ablation des tumeurs de l'ovaire, du voisinage de l'utérus ou même de l'utérus sur les suites de couches, elle est de très peu d'importance ou même nulle. Chez toutes nos malades, les suites ont été tellement simples, si heureuses, comme cela a été déjà signalé par bien d'autres observateurs pour des opérations pratiquées sur d'autres régions plus éloignées de l'utérus, que nous nous expliquons difficilement les vives appréhensions qui ont été manifestées à ce propos par quelques chirurgiens qui se sont peut-être trop hâtés de généraliser après quelques revers dont ils auront été témoins.

Une femme de 28 ans, réglée pour la première fois à 17

ans, qui avait eu déjà deux grossesses à terme et deux avortements, se présente à notre service en août 1875. Elle porte, au-dessus de l'arcade crurale droite, une tumeur bien limitée, ovoïde, dont la direction est sensiblement parallèle à celle du ligament de Fallope. Cette tumeur date de trois ans et est apparue à la suite de la dernière grossesse. Pendant deux ans, elle n'acquiesc que peu de volume ; mais, depuis un an, et surtout dans les derniers mois, l'accroissement qu'elle a présenté est considérable et inquiète vivement la malade. En effet, cette tumeur forme actuellement un relief de 5 centimètres de hauteur et mesure 18 centimètres de long, sur 7 de large. Par les caractères qu'elle présente, nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un fibrôme, et il est manifeste qu'il est situé dans les couches profondes de la paroi abdominale. Ce fibrôme est accolé aujourd'hui au bord supérieur de l'os iliaque ; il adhère intimement aux parties profondes, et il est le siège de douleurs lancinantes vives, qui reviennent par accès, sont réveillées par un frottement ou un mouvement brusque, et reparaissent parfois spontanément.

L'ablation nous parut urgente, bien que la malade fût enceinte. Nous la pratiquâmes en septembre, la grossesse étant alors à son 7^e mois. L'opération nous conduisit jusque sur le feuillet pariétal du péritoine, à la face externe duquel le fibrôme s'insérait sur un espace quadrilatère de 10 centimètres de long sur 4 de large. Nous nous gardâmes d'exciser cette portion de séreuse. L'adhérence se faisait par une lame d'un demi-millimètre d'épaisseur, qui appartenait plutôt à une sorte d'enveloppe propre du fibrôme qu'au péritoine. Nous excisâmes au-dessus de cette lame adhérente, que nous laissâmes en place et que nous nous bornâmes à gratter avec la lame du bistouri. La plaie fut suturée après drainage préalable.

La guérison fut très rapide. La malade sortait guérie le 8 octobre. Deux mois plus tard, elle accouchait à terme et sans aucun accident dans le service d'hôpital d'un de nos

distingués confrères de Lyon, qui voulut bien nous en donner avis et nous assurer que tout s'était très heureusement passé.

Maintenant que nous avons passé en revue quelle était l'influence de l'ablation des diverses tumeurs sur l'utérus gravide, nous allons rechercher quelle influence paraît résulter de l'état de grossesse sur l'évolution de ces mêmes tumeurs.

D'une façon générale, on peut dire que cette influence est fort nette et que l'état de grossesse accélère singulièrement leur développement. Ceci est surtout vrai pour les corps fibreux utérins, au point que nous avons vu, de même que bon nombre d'autres observateurs, des fibrômes, primitivement d'un volume médiocre, acquérir, pendant la gestation, un volume si excessif qu'ils faisaient redouter que l'accouchement ne devint impossible. Par contre, bon nombre de ces fibrômes sont susceptibles de diminuer non moins singulièrement de volume dans les mois qui suivent l'accouchement. Nous en avons même vu plusieurs qui diminuaient par la suite au point de disparaître presque complètement.

Les choses se passent différemment avec les tumeurs liquides, et nous faisons tout particulièrement allusion ici aux kystes de l'ovaire. Au rebours des fibrômes, ils ne prennent qu'un développement peu considérable pendant la gestation, et il semble même que, au moment où l'œuf a acquis un certain volume, ils restent absolument stationnaires, ce qui pourrait s'expliquer par l'énergique compression qu'ils subissent à cette période. Mais, en revanche, il n'est pas douteux que l'utérus, débarrassé de son produit, et revenu à son volume normal, les kystes de l'ovaire ne prennent tout à coup un développement d'une rapidité insolite et hors de proportion avec celui qu'ils avaient suivi jusqu'au moment de la grossesse. En reliant les nombreuses observations de kystes de l'ovaire que nous avons recueillies, nous voyons sans cesse les malades indiquer que c'est depuis leur précédente couche que la tumeur a surtout pris un développement rapide et considérable.

Il nous reste à examiner les opérations pratiquées pendant l'état de grossesse sous un dernier point de vue, qui ne sera pas le moins important ; nous voulons parler des applications de la gastrotomie à l'extraction du produit de la conception, l'accouchement par les voies naturelles étant impossible. Nous visons donc la grossesse extra-utérine, l'opération césarienne, l'hystérotomie chez les femmes enceintes vicieusement conformées.

Pour ce qui est de la gastronomie appliquée à la grossesse extra-utérine, l'expérience nous a montré que les suites de l'opération ont été des plus simples, lors même qu'il avait fallu enlever par la cautérisation une grande portion de la membrane d'enveloppe de la tumeur ou même en conserver une petite portion pour la faire suppurer.

En décembre 1866, à la suite d'un examen très attentif qui m'avait permis de reconnaître chez une femme de 46 ans, très épuisée et souffrant depuis six ans des tumeurs multiples développées dans le fond du bassin et masquées par une abondante collection ascitique, qui avait elle-même déterminé un exomphale énorme, je me décidai à entreprendre de débarrasser la malade de ses tumeurs par la gastrotomie ; toutefois, les conditions étaient telles que je ne m'arrêtai à cette décision qu'après une discussion sévère dont les éléments ont été longuement relatés ailleurs. Comme il s'agit moins ici de légitimer la résolution que j'ai prise, et qui fut d'ailleurs couronnée de succès, que de montrer comment la gastrotomie peut être utile en présence d'une grossesse extra-utérine, je ne rappellerai dans cette observation que ce qui a trait à ce dernier point. Le cas dont je parle se montra compliqué de telles difficultés qu'il est bien fait pour entraîner la conviction.

Le ventre était distendu outre mesure. Il mesurait 138 centimètres. Il était positif qu'en outre des tumeurs il contenait une abondante collection ascitique ; un exomphale énorme, qui devait gêner fortement pour l'ouverture du ventre, en était le résultat. Une anasarque très-prononcée intéressait toute la moitié inférieure du corps.

Je fis d'abord une incision qui allait du pubis au voisinage de la hernie ombilicale et aussitôt 10 litres de liquide ascitique s'écoulèrent. A ce moment apparut une tumeur jaunâtre bosselée, qui fut fixée au moyen de pinces. Ponctionnée, elle donna difficilement écoulement à une matière épaisse et jaunâtre, comme de la graisse fondue mélangée de fragments d'os et de poils. Le seul moyen de vider cette tumeur fut de l'inciser et d'engager la main dans son intérieur ; j'en ramenai les débris d'un fœtus extrêmement altéré.

Mais cette masse enlevée, la tumeur n'était que peu réduite de volume. Il fallut quand même prolonger l'incision des parois du ventre par en haut en lui faisant traverser la hernie. Cette ouverture faite, la tumeur ne pouvait être encore dégagée. Sond fond était formé d'une masse solide dans laquelle le trocart engagé ne ramenait aucun liquide. Ce fut seulement par des tractions diverses que la tumeur put être amenée au dehors. Je l'incisai alors de nouveau et, engageant la main, j'allai rompre des cloisons intérieures, ce qui permit de faire écouler 5 litres d'un liquide épais, visqueux, gélatineux, purulent par places, sanguinolent dans d'autres. A la suite, le volume de la masse se trouva assez diminué pour qu'on put la faire sortir par l'incision des parois.

Cette tumeur, reliée au ligament large du côté gauche, à la partie supérieure de la vessie et à plusieurs anses d'intestin par des brides étroites et très vasculaires, s'attachait par deux pédicules allongés. Les brides et les pédicules furent coupées après avoir été préalablement étreints dans des ligatures doubles.

Mais cette tumeur enlevée, une seconde apparut qui avait le volume d'une tête d'adulte. Elle était coiffée par le grand épiploon qui lui était si adhérent qu'on ne pouvait le détacher. Elle était en outre complètement immobile. Je compris toute la largeur de l'épiploon dans des ligatures partielles et juxtaposées et je le sextionnai. L'immobilité de la tumeur restant la même, j'en recherchai la cause en portant

la main sur tout son pourtour. Je reconnus alors qu'elle s'insérait, par une base aussi large que son diamètre, à la vessie, à l'utérus, au rectum et à toute l'étendue du péritoine qui tapissait la portion droite du bassin jusqu'au voisinage du détroit supérieur.

La tumeur était donc sessile et complètement adhérente. Ayant reconnu de la fluctuation, je me décidai à la ponctionner, espérant, une fois réduite, pouvoir soit libérer la poche ou la traiter par suppuration ou par le drainage par le vagin. Mais la ponction ne donna qu'une quantité insignifiante de liquide purulent et montra, au contraire, qu'il existait un corps dur et résistant. J'attirai alors davantage la poche et je l'incisai. Je portai la main dans son intérieur et je trouvai un nouveau fœtus très altéré et dont je retirai les débris avec le plus grand soin.

Mais comment détacher le sac des nombreuses adhérences, si étendues et très vasculaires qui le retenaient. Je ne vis donc qu'un moyen : saisir successivement chacune de ses parties aussi bas que possible dans les grands clamps que j'avais fait construire à cet effet, les écraser, les isoler, bien protéger les organes voisins, les détruire par le fer rouge. C'est ce que je fis, bien que ce laborieux morcellement n'eût pas exigé moins d'une heure et demie.

A ce moment, je pensai qu'il était préférable, au lieu de fixer vers l'angle inférieur de la plaie les deux pédicules de la tumeur du côté gauche de la surface d'épiploon sectionné, de tout réduire dans le ventre. C'est pourquoi, afin d'éviter de laisser des ligatures perdues, je me décidai à saisir de nouveau chacune des parties qui viennent d'être désignées dans des clamps et réséquer au fer rouge au-dessous des fils précédemment placés.

Ainsi, je pus refermer dans toute son étendue la longue plaie faite aux parois du ventre, sans laisser aucune portion fixée entre les lèvres.

Cette malade guérit parfaitement, bien que, vers le dix-huitième jour, elle ait été tourmentée par une constipation

opiniâtre qui ne céda qu'avec quelque peine et que quelques jours plus tard elle eût été prise d'une bronchite dont les secousses de toux ne furent pas sans nous causer quelque inquiétude.

Quant à la gastrotomie conduisant à l'hystérotomie pratiquée, telle que nous la faisons, au voisinage du col, pour remplacer l'opération césarienne ou pour délivrer des femmes enceintes vicieusement conformées, nous ne pouvons que déplorer que tant d'accoucheurs préfèrent encore recourir à la céphalotripsie. Dans les rares cas où, en France, ils ont donné la préférence à l'hystérotomie, peut-être faut-il encore déplorer qu'ils aient tenu à y procéder eux-mêmes au lieu de s'en remettre à des chirurgiens mieux en possession du manuel opératoire et plus rompus à ces sortes d'opérations. Ainsi s'explique, suivant nous, que les résultats qu'ils ont obtenus ne soient pas plus satisfaisants. Les faits qui ont été publiés dans les pays étrangers semblent venir de tout point à l'appui de cette dernière opinion.

Nous ne pouvons indiquer ici les modifications que l'état de grossesse nous a conduit à apporter au manuel opératoire. Cela nous entraînerait trop loin ; ces indications trouveront mieux leur place dans un travail d'ensemble qui est en cours de publication et qui paraîtra bientôt.

Nous terminerons ce que nous avons à dire de l'état de grossesse, en examinant l'influence qui paraît revenir à la période puerpérale ou post-puerpérale sur les opérations.

Pour ce qui est de la première, la période puerpérale, nous devons nous borner à poser la question sans pouvoir la résoudre, car nous n'avons jamais eu l'occasion d'enlever de tumeurs à cette époque.

Il n'en est pas de même en ce qui a trait à la période post-puerpérale. Quand l'opération a été faite un certain temps après l'accouchement, deux ou trois mois après, par exemple, les suites de l'opération ne nous ont rien paru présenter de particulier, et les conditions ont été les mêmes que si l'utérus eût toujours été en vacuité, en tenant compte toutefois du

retentissement que la gestation a pu avoir sur l'état général. Les choses peuvent encore se passer de même à une époque beaucoup plus rapprochée de l'accouchement, mais alors il faut surtout tenir compte du degré d'épuisement imputable aux fatigues de la grossesse et aux troubles déterminés par la présence ou l'évolution de la tumeur.

C'est ainsi que chez une malade que nous fûmes contraint, par Nélaton et par Marchal de Calvi, d'opérer dans ces conditions, nous eûmes un résultat fâcheux, mais qui n'était aucunement imputable à l'opération, qui avait bien réussi. L'accouchement avait eu lieu, alors que nos éminents confrères n'avaient pas soupçonné la grossesse et n'avaient reconnu qu'un énorme kyste suppuré. La malade, ovariectomisée, succomba à une infection putride après plusieurs semaines. L'accouchement lui-même avait entraîné la suppuration du kyste et l'infection putride.

Mais, nous le répétons, toutes les autres malades, et nous en comptons aujourd'hui plus de cent, opérées par nous à une époque un peu plus éloignée et qui sont accouchées, se sont rétablies avec une promptitude extrême, et sans qu'il fût possible de rien noter dans les suites qui fût imputable à l'opération.—*Gazette Médicale.*

Société Médico-Chirurgicale.

Lors de l'élection des officiers, les messieurs suivants ont été élus :

Président : Dr W. H. Hingston, médecin de l'Hôtel-Dieu, et professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

1er Vice-Président : Dr Wilkins.

2e " " Dr Osler.

Conseil : Drs Perrigo, Blackader et Shepherd.

Secrétaire : Dr O. C. Edwards.

Trésorier : Dr W. A. Molson.

Bibliothécaire : Dr James Bell.

Des rapports des maladies de l'œil avec les maladies en général.

(Suite.)

Choléra.—Dans cette maladie on observe des changements symptomatiques de l'œil, dans les paupières, dans le tissu cellulaire de l'orbite, dans la sécrétion des larmes, dans la conjonctive, la sclérotique, la cornée, la pupille, la choroïde et dans les vaisseaux sanguins de la rétine. L'apparence cyanosée des paupières est, dès le début, ordinairement observée très distinctement. Les paupières ne peuvent pas bien se fermer à cause de la rétraction vers l'orbite de la marge postérieure de leur cartilage et à cause d'une diminution dans le pouvoir contractile du muscle orbiculaire. Le globe de l'œil est tellement tourné en haut qu'il est impossible de voir la cornée.

La sécrétion des larmes est tellement diminuée dans la conjonctive et dans la glande lacrymale que les personnes souffrant du choléra ne répandent jamais de larmes même pendant les spasmes les plus douloureux. Dans tous les cas sérieux la partie de la conjonctive qui recouvre le globe de l'œil est injectée dans sa moitié inférieure, c'est-à-dire sur cette partie du globe qui ne peut pas être recouverte par les paupières, car comme nous l'avons vu, elles ne peuvent pas venir en contact l'une avec l'autre, et ainsi la partie correspondante de la conjonctive manque tout à fait d'humidité. Joseph a trouvé l'ecchymose de la partie inférieure de la conjonctive oculaire d'un noir très prononcé, ce qui est l'indice d'un mauvais pronostic. Dans les cas sévères l'on voit une nécrose partielle de la cornée pendant l'état algide ; une partie de la cornée, d'une demie à trois quarts de ligne, devient sèche et brune pour être éliminée après deux ou trois jours, laissant un ulcère qui va s'élargissant.

L'on voit quelquefois aussi dans la sclérotique des taches brunes ou bleues foncées de mauvais augure disposées concentriquement au bord inférieur de la cornée. Ces taches d'une

forme irrégulière, seules ou en masse, sont probablement dues à un amincissement de la sclérotique causé par un manque d'humidité. Pendant la période de frigidité lorsque le cœur bat très faiblement, les pupilles du malade sont très contractées; Graefe dit que cette contraction est due à la parésie du nerf sympathique. Quelquefois il y a plus ou moins de matière extravasée dans la choroïde. Il y a aussi des changements dans la circulation de la rétine consistant dans un grand amincissement de ses artères alors très noires, à un tel point que, si l'on presse le globe de l'œil, (bien que ceci ne ferait rien à l'état normal) leurs pulsations seront perçues et ces artères peuvent même devenir tout à fait décolorées. Ces symptômes sont importants eu égard à l'estimation de la force des ondulations du sang dans le système artériel: parceque la quantité de sang en circulation et la difficulté à produire une anémie complète, sont d'autant plus diminuées que l'action du cœur est moins énergique. Les veines de la rétine sont très noires, mais leur calibre reste le même. Bien que ces changements dans la circulation de la rétine soient très sérieux, l'acuité visuelle n'est pas ou n'est que très peu dérangée même dans les cas où il y a asphyxie. Nous n'avons jamais vu une parfaite ischémie de la rétine et il est encore incertain si la cécité temporaire qui se voit souvent dans la période de frigidité n'est pas due à un dérangement dans le cerveau plutôt que dans la circulation de la rétine, la première hypothèse semble devenir de plus en plus probable.

Trichinose.—Les paupières prennent aussi part à l'œdème de la face qui est un des premiers et des plus fréquents symptômes de la trichinose; de là l'œdème passe à la conjonctive oculaire et aux tissus intermédiaires. Quelquefois aussi le parasite passe dans les muscles oculaires, le résultat en est que l'œil ne se meut que difficilement et que ses mouvements sont incertains et douloureux. Cependant les muscles de l'œil s'en ressentent moins souvent que les autres. Kittel y a observé des pupilles très dilatées, immobiles et dépourvues du pouvoir d'accommodation, comme le parasite n'a pas été

trouvé dans les muscles à fibres lisses, nous ne pouvons pas encore expliquer ces symptômes.

Infection Pyohémique, Purulente et septique.—Dans ce chapitre nous verrons les symptômes oculaires causés par des thrombus dans les sinus cérébraux, par la coagulation du sang stagnant dans la choroïde et la rétine, et par l'infection septique du sang.

Dans ces cas, les maladies de l'œil sont toujours causées par une action inflammatoire et suppurative, qui a lieu dans d'autres parties plus ou moins éloignées. Les souffrances cérébrales, rapidement développées, sont quelquefois accompagnées de changements remarquables dans l'œil. Ces changements, heureusement très rares, annoncent un thrombose certain dans les sinus caverneux et dans les veines qui sont en rapport avec eux ; dans ces cas là le pronostic est toujours fatal. Les symptômes caractéristiques suivants se développent : viz—le globe de l'œil ou les deux sortent de leur orbite, il y a de l'œdème dans les paupières et la conjonctive qui sont d'un rouge vif et poussés en avant, entre les paupières, comme dans la panophtalmie, le globe de l'œil est ou presque immobile, la pupille est aussi immobile, la vue est presque perdue ou il y a amaurose complète. Bien qu'en général ces symptômes ressemblent à ceux de la panophtalmie, il y a cependant d'autres signes de cette maladie qui manquent ici, et que l'on voit dans le globe de l'œil lui-même, comme l'occlusion de la pupille par l'exudation du pus dans la chambre antérieure, des changements dans l'iris, l'opacité de la cornée, ou bien ces symptômes ne peuvent apparaître qu'à un état plus avancé de la maladie. Dans la panophtalmie, l'infiltration du tissu cellulaire dans l'orbite, le gonflement énorme de la conjonctive, la protusion et l'immobilité du globe de l'œil, sont causés par l'inflammation de la choroïde ; et dans les cas de thrombose tous ces symptômes sont causés par ce que la veine ophthalmique-cérébrale est fermée ainsi que probablement la veine ophthalmique-faciale. L'infiltration causant ainsi dans les cas de thrombose des sinus, un arrêt de la circulation veineuse dans le tissu cellulaire de l'orbite peut-être

ou œdémateuse ou purulente. Les thromboses dans les veines et les sinus peuvent être causés par des furoncles, des abcès de la face, des lésions sur la tête, la méningite et les maladies puerpérales. Des caillots de sang ont été trouvés dans un ou les deux sinus, dans le sinus de Ridley, dans le sinus de la partie pierreuse du temporal et dans d'autres. Dans les veines faciales, l'ophtalmique-faciale et jugulaire interne, des abcès métastatiques furent aussi trouvés dans les poumons. Dans les cas de thrombose des sinus, les symptômes que l'on voit dans le globe de l'œil sont toujours secondaires, tandis que dans les où cas des caillots infectants ont été poussés dans le tissu cellulaire du globe de l'œil, ces mêmes symptômes sont toujours primaires; de sorte que c'est plus dangereux pour l'œil, mais moins pour la vie. L'inflammation de la choroïde avec exudation purulente est quelquefois dans l'un, rarement dans les deux yeux, dans la fièvre puerpérale, l'inflammation de la veine ombilicale chez les nouveaux-nés, dans la carie des os de la base du crâne, dans la pyémie après les opérations chirurgicales, dans la séparation du tissu cellulaire, dans la tuberculose pulmonaire, dans l'endocardite, l'empyème. Dans ces cas la vue chez l'œil malade est perdue pour toujours; et le travail dans l'œil lui-même peut se terminer de deux manières différentes : si le patient survit, ou les chambres antérieure et postérieure se remplissent de pus, la perforation de la cornée ou de la sclérotique a lieu et le globe de l'œil s'atrophie et ne laisse voir qu'un point bleu comme reste de la cornée; ou les symptômes peuvent être moins sévères, la convexité de la cornée diminuant seulement mais sans perforation.

C'est un fait remarquable que la plupart de ces ophthalmies métastatiques sont causées par des maladies des organes génitaux de la femme, surtout par l'inflammation puerpérale.

Tant qu'à l'explication de la relation existant entre l'ophtalmie pyohémique et le point de départ de la suppuration, l'on peut se servir de la même hypothèse que pour l'explication des autres inflammations métastatiques. Il est certain

que des embolies capillaires sont causées par de petits caillots venant d'une endocardite ulcéreuse ; il est aussi certain qu'une panophtalmie métastatique peut avoir son origine non-seulement dans la choroïde mais aussi dans la rétine ; et pour les deux cas, une inflammation purulente de la rétine peut aussi avoir lieu dans les cas de blessures sévères, de fièvre et de suppuration abondante des articulations. Cette inflammation purulente de la rétine ne doit pas emmener pour cela celle de l'œil entier, mais elle est bornée à la rétine et est ainsi moins dangereuse que celle de la rétine et de la choroïde causée par des embolies. De nombreuses petites taches blanches ou rougeâtres apparaissent généralement dans les deux yeux près de la papille optique et de la tache jaune. Ces observations sont le résultat des autopsies et non pas des examens ophthalmoscopiques faits avant la mort.

SYPHILIS. — La syphilis peut être cause de maladies dans presque toutes les parties de l'œil. La peau et le cartilage des paupières, l'appareil lacrymal, la conjonctive et la cornée, la membrane uvée, le corps vitré, la rétine, le nerf optique, l'organe central de la vue et les nerfs qui innervent les muscles de l'œil peuvent tous être affectés. Même le cristallin, bien qu'indirectement, peut perdre de sa transparence, les glandes lacrymales seules sont peut être exemptes des effets de la syphilis.

Tant qu'à la fréquence des affections syphilitiques dans les maladies des yeux, la statistique donnée par Coccius, de Leipzig, nous apprend que 7898 cas de maladies des yeux furent traités durant les années 1868 et 1869 dont onze par cent avaient un caractère syphilitique ; dans ces cas il y avait trente et un par cent d'iritis (comprenant les complications de cette maladie) ; quarante six par cent d'inflammation simple de l'iris ; neuf par cent d'obscurcissement de l'humeur vitrée ; seize par cent de différentes inflammations de la rétine ; treize par cent d'affection du nerf optique. On arriva aux conclusions suivantes : Premièrement, que les désordres syphilitiques sont plus souvent binoculaires que monocu-

lares ; deuxièmement, que les inflammations syphilitiques attaquent l'iris dans quatorze cas sur vingt-cinq, et la rétine dans huit cas sur vingt-cinq ; troisièmement que les affections syphilitiques compliquées sont pour la plupart binoculaires.

Parmi les affections ulcéreuses des paupières, causées par la syphilis, on a remarqué quelques cas d'ulcère mou non infectant, et un cas d'ulcère dur infectant attaquant le bord de la paupière. Le diagnostic du dernier cas est devenu certain par la présence de symptômes secondaires.

Les tumeurs gommeuses de la conjonctive sont excessivement rares. Les quelques cas qui ont été remarqués étaient situés près du bord externe de la cornée, dans la conjonctive oculaire ; elles étaient d'à-peu-près un demi-pouce de diamètre, et entourées d'une zone de conjonctive très-inflamée ; on n'en a observé qu'un seul cas dans la conjonctive palpebrale.

Les affections de la cornée, comme conséquence de la syphilis au deuxième ou troisième degré sans inflammation de l'iris, arrivent très-rarement. Manthuer décrit une affection de cette classe sous le nom de "kératilis punctatata." La syphilis ne cause jamais une kératite ulcéreuse ; d'un autre côté, l'opinion qui semble devenir la plus-acréditée est que la kératite interstitielle diffuse dépend fréquemment de syphilis héréditaire.

Hutchinson pense que c'est invariablement le cas, et trouve dans les incisives centrales permanentes du maxillaire supérieur une preuve particulièrement importante de cette relation étiologique.

La difformité caractéristique des dents consiste dans leur manque de développement tant vertical que transverse, et dans l'atrophie du lobe moyen. Cette atrophie laisse une grande échancrure verticale sur le bord de la dent. Quelques fois les dents divergent, quelques fois aussi elles convergent.

Suivant Hutchinson l'on remarque ces difformités dans tous les cas de cette espèce de kératite. Foerster nie ceci,

disant que bien que l'on trouve souvent les dents dans cet état, il arrive cependant des cas où elles ne sont pas déformées ; d'un autre côté, différents symptômes et différentes conditions périodiques arrivent chez certaines personnes affligées de cette sorte de kératite, ce qui rend presque certain qu'ils sont dûs à une diathèse quelconque. Cette forme de kératite arrive souvent accompagnée d'inflammation des jointures, de périostites et de cicatrices près de la bouche. Il n'y a pas d'autres explications plausibles de ces grandes lignes étroites et profondes si ce n'est qu'elles sont les cicatrices de ces fissures toujours saignantes et souvent profondes qui donnent à la physionomie une expression caractéristique. Un autre symptôme qui, quoique plus rare, s'observe souvent avec ces cicatrices, est un nez renfoncé. Une surdité partielle des deux oreilles est presque aussi fréquente que cette difformité du nez. Des ulcères phagédéniques existent souvent dans le palais mou des personnes souffrant de cette affection de la cornée. Si on réunit tous ces symptômes, la présence de kératite dans les deux yeux, la fréquence des rechutes, la difformité particulière des dents, les cicatrices caractéristiques autour de la bouche, le nez enfoncé, la destruction ulcéreuse du palais mou, les inflammations des jointures et la périostite, enfin la débilité générale du malade, il n'y aura pas de danger à dire qu'une maladie constitutionnelle, probablement la syphilis, est la cause de tous ces désordres. Cette probabilité devient une certitude si, comme c'est si souvent le cas, l'on admet que le père ou la mère a souffert de la syphilis ou si l'on trouve chez l'un ou l'autre quelques unes de ses conséquences.

Nous ne pouvons pas dire cependant que toute kératite diffuse dépend d'une teinte syphilitique, parce que chez bien des malades l'histoire du cas ne révèle rien, et il n'y a pas de symptômes indiquant la syphilis.

La choroïde, et plus spécialement l'iris, sont les parties le plus souvent attaquées par la syphilis. Fournier croit que l'inflammation de l'iris a lieu dans trois ou quatre par cent

de tous les cas de maladies syphilitiques. Suivant Wecker de cent cas d'iritis il y en a cinquante ou soixante d'une origine syphilitique.

Quelques cas prouvent que l'inflammation de l'iris peut être causée par la syphilis congénitale et elle peut en être le premier symptôme observé.

Il n'existe pas de symptômes pathognomoniques pour tous les cas d'inflammation syphilitique de l'iris, de sorte que comme règle générale, l'origine de l'iritis ne doit être supposée syphilitique que lorsqu'il y a d'autres signes de syphilis. Cependant l'on ne peut pas nier que l'inflammation syphilitique de l'iris ne possède pas quelques singularités qui la caractérisent plus particulièrement, bien que pas d'une manière absolue.

D'abord, il arrive souvent que, lorsqu'il y a syphilis, les deux yeux sont affectés peu de temps l'un après l'autre, la photophobie, l'écoulement des larmes, l'injection, la névrose ciliaire, ne sont pas généralement sévères dans les commencements de la maladie et règle générale les cas ne deviennent pas aigus ; et les symptômes s'aggravent graduellement. Généralement il n'y a pas d'hypopion ; mais tout ceci ne s'applique qu'à la plupart des cas et les exceptions à la règle ne sont pas rares ; suivant Schmidt, l'opacité de l'humeur vitrée démontrant que le corps ciliaire, la choroïde participent aussi à la maladie, arrive souvent, dans à peu près cinquante par cent de tous les cas. Quelques fois des condylomes de l'iris, petites tumeurs jaunâtres près du bord pupillaire, ou des tumeurs circonscrites plus grandes près de la périphérie, qui quelques fois se rendent à la cornée où elles s'accroissent sont observés presque exclusivement dans les inflammations syphilitiques de l'iris. Au moyen du microscope nous voyons que ces tumeurs sont syphilitiques ou gommeuses.

L'inflammation non gommeuse de l'iris qui est la forme la plus fréquente dans la syphilis, appartient aux premiers symptômes des affections syphilitiques. Ordinairement elle apparaît quelques temps après l'éruption de la roséole syphi-

litique en même temps que les condylomes et l'affection pharyngienne. Les rechutes sont ici aussi fréquentes que dans les autres affections syphilitiques, en général la forme gommeuse de l'inflammation de l'iris semble appartenir à un degré plus avancé.

On trouve aussi des tubercules gommeux dans d'autres parties de l'œil. Barbar les décrit presque aussi grosses qu'un noyau de cerise. Ces tumeurs sont d'un rouge jaunâtre ou d'un jaune-gris. Elles ont leur origine de la sclérotique près de la cornée et sont mobiles sous la conjonctive ; elles originent soit dans la sclérotique ou dans le corps ciliaire et l'iris, et si elles deviennent considérables elles peuvent causer l'atrophie du globe de l'œil. Dans un cas décrit par Hippel, la rétine, ainsi que la sclérotique et la choroïde étaient le siège de tumeurs gommeuses. Ces tumeurs de la conjonctive et de la sclérotique sont cependant excessivement rares.

Après l'iris la choroïde est la plus souvent affectée par les maladies syphilitiques. Fœrster exclue pour différentes raisons la choroïdite disséminée bien que plusieurs la croient causée par la syphilis. Cependant on ne peut pas nier que quelques fois la cause doit en être attribuée à la syphilis. Il considère la choroïdite syphilitique diffuse, comme il l'a décrite dans "Græfe's Archives on ophthalmology, vol. 20," comme caractéristique de la syphilis d'après les symptômes — les opacités de l'humeur vitrée, l'héméralopie, l'affaiblissement de la vue, les troubles dans le champ visuel, la photopsie — qui se développent dans quelques semaines, leurs nombreuses relations avec l'inflammation de l'iris, les fréquentes rechutes, la présence simultanée d'autres symptômes appartenant à la deuxième période de la syphilis, le bon effet toujours constant bien que quelques fois imparfait d'un traitement mercuriel, et la disparition simultanée de la syphilis dans la peau et les membranes muqueuses, s'accordent parfaitement avec le cours des affections syphilitiques en général. Dans tous les cas chroniques, une affection de la rétine se développe dans cette forme d'inflammation de la

choroïde, qui bien que ressemblant à la rétinite pigmenteuse peut en être distinguée. Ceci explique le doute qu'avaient quelques observateurs sur l'origine syphilitique de la rétinite pigmenteuse toutes les deux ont les symptômes communs de l'héméralogie, viz : petitesse du champ visuel, atrophie jaune du nerf optique, vaisseaux de la rétine excessivement minces, et développement de pigment qui se logent particulièrement dans la périphérie postérieure de la rétine de l'œil.

Un caractère distinctif de la forme syphilitique non typique est la présence ici et là de plaques dans la périphérie du champ visuel, qui ont encore retenu leur pouvoir fonctionnel. L'opacité de l'humeur vitrée peut-être cependant si bien prononcée dans l'inflammation syphilitique de la choroïde qu'un examen de la partie postérieure est impossible.

L'inflammation syphilitique de la choroïde se développe surtout dans l'âge mûre et dans la vieillesse où il y a grande prédisposition à l'inflammation de la choroïde. L'apparition de l'inflammation syphilitique de la choroïde coïncide avec les derniers symptômes de la deuxième période et les premiers symptômes de la troisième période de la syphilis. Dans cette forme d'inflammation de la choroïde, la rétine est toujours symptomatiquement affectée dès le commencement, de sorte qu'il n'y a pas d'objection à appeler cette maladie " choroïdio-rétinite " ; quelques-uns la regarde seulement comme une rétinite.

Foerster ne considère pas cette opinion justifiable, parce que la choroïde est particulièrement affectée la première, et suivant toutes les apparences les couches antérieures de la rétine sont bien moins affectées que les postérieures qui sont plus près de la choroïde.

Une forme excessivement rare est décrite par Liebreich dans son atlas (tab. X, fig. 1). Les nombreuses extravasations, les grandes taches blanches, les changements considérables dans les vaisseaux sanguins distinguent cette forme bien rare de celles que l'on sait généralement comme conséquence de la syphilis.

Graefe décrit aussi une forme très rare de rétinite syphilitique comme une rétinite centrale à rechute caractérisée par l'apparence soudaine de changement près du point de fixité. Ces changements peuvent occuper en très peu de temps la plus grande partie du champ de la vision. Les malades ne peuvent plus bientôt lire que les plus gros caractères, et ne peuvent marcher que difficilement. La vue est réintégrée dans peu de jours. Ces attaques arrivent après un temps variant de quelques semaines à quelques mois, et il peut y avoir de dix à trente même plus de ces rechutes. Durant cette période d'affaiblissement de la vue une légère opacité grise apparaît dans la région du corpus luteum qui disparaît durant cet interval. Une inflammation franche du nerf optique, avec toutes ses variations, peut aussi se développer sans l'influence d'une affection syphilitique générale. Tandis que cependant dans l'iritite choroïdienne, même dans la rétinite d'origine syphilitique ; les symptômes locaux fournissent au moins quelques signes de l'étiologie de l'affection ; jusqu'ici nous ne trouvons pas dans l'inflammation du nerf optique de symptômes caractéristiques indiquant la syphilis—il nous faut donc nous guider d'après l'histoire du cas, et par les bons effets d'un traitement au mercure. Albutt croit qu'une neuro-rétinite réelle, qui s'étend du cerveau au globe de l'œil, accompagne souvent une méningite syphilitique, et recommande un examen de la papille optique dans tous les cas douteux de mal de tête. Les ouvrages en médecine contiennent peu d'exemples d'inflammation syphilitique du nerf optique. La plupart de ces cas d'inflammation syphilitique du nerf optique qui sont causés par la syphilis, ne montre pas aucuns symptômes cérébraux. Si la cause cachée de l'inflammation est reconnue à temps, et si l'on suit un bon traitement mercuriel, le pronostic est bon dans bien des cas. Ce n'est seulement que dans l'inflammation syphilitique du nerf optique que les papilles excessivement engorgées reviennent à leur état normal et que la vue est complètement réintégrée.

L'atrophie blanche du nerf optique peut aussi être causée

par la syphilis, Græfe désapprouve cependant un traitement purement mercuriel fondé seulement sur cette base étiologique, à moins que des symptômes importants indiquant la syphilis ne soient présents en même temps, comme la paralysie des muscles de l'œil, l'hémiplégie et un mal de tête sérieux ; parceque un traitement mercuriel, à moins que la syphilis ne soit la cause de la maladie, peut gravement accélérer l'atrophie du nerf optique. L'amblyopie sans changements ophtalmoscopiques réels de l'arrière de l'œil, est plus fréquente qu'avec atrophie blanche syphilitique du cerveau.

Dans son travail sur les maladies syphilitiques du cerveau et de la moëlle épinière, Wunderlich dit que la cécité complète prive souvent dans les maladies syphilitiques du cerveau. Elle arrive souvent tout-à-coup, mais n'est que transitoire. Ordinairement l'examen ophtalmoscopique ne révèle rien. Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques qui puissent être considérés comme caractéristiques de la nature syphilitique de ce trouble dans la vue. Ses symptômes précédents et présents doivent être examinés afin de reconnaître le travail étiologique. Les symptômes présents peuvent être aussi variés que les fonctions du cerveau elles-mêmes. La connaissance certaine de l'origine syphilitique des maladies du cerveau et des yeux est de la plus grande importance eu égard aux succès thérapeutiques, supposant cependant que le médecin ne soit pas un ennemi déclaré du mercure -- bien qu'il approuve le traitement mercuriel.

La paralysie des muscles de l'œil sans complications d'autres symptômes cérébraux est souvent causée par le poison vénérien. Dans ces cas le siège de la maladie doit être cherché à la base du crâne, ou près des trous par où les nerfs du crâne sortent, ou encore le long du trajet de ces nerfs dans l'orbite, parceque il arrive quelquefois que c'est le nerf innervant le muscle qui soit malade et non pas le muscle lui-même.

La syphilis dans le cerveau, et la paralysie périphérique syphilitique des nerfs innervant les muscles de l'œil appa-

raissent dans les cas les plus rapides deux ans après que l'infection a eu lieu ; mais souvent elles ne sont développées que longtemps après, lorsque les symptômes de la deuxième période sont présents ou après qu'ils ont existé pendant quelques temps.—*Pac. Med. and Surg. Journal.*

(A continuer.)

L'huile de gurjum dans la lèpre.

Le Dr C. T. Peters a fait un rapport, mis en circulation par le gouvernement de Bombay, sur les résultats de l'emploi de l'huile de gurjum dans le lazaret catholique de Belgaum.

Vingt-neuf malades ont été soumis à ce traitement, qui consistait de :

1o Frictions sur tout le corps chaque matin d'acide carbonique (1 dans 30) ;

2o Bain d'eau chaude et de savon quelques heures après ;

3o Application d'une émulsion d'huile de gurjum, une partie pour trois d'eau de chaux, sur les régions affectées et ulcérées ;

4o Application d'huile d'anacardier sur les surfaces anesthésiques et ulcérées ;

5o Huile de chaulmoogra à la dose de cinq gouttes, avec cinq grains de bicarbonate de soude, et un once d'eau de menthe poivrée à l'intérieur.

Par ce traitement il y eut une grande amélioration, les plaies se guérissent, les tubercules disparaissent, et la sensibilité fut partiellement restaurée.

Le Dr Peters résume ainsi les avantages de l'huile de gurjum :

1o Son action cicatrisante prompte sur les ulcères chroniques de la lèpre.

2o Elle ramollit la peau.

3o Elle empêche le rassemblement des moustiques.

4o Son bas prix.

5o Son efficacité dans le traitement des maladies chroniques de la peau.—*Maryland Med. Journ.*

Observation de vagin double avec utérus septus.

Par M. CAPORALI VINCENZO.

Campanini Virginia, âgée de 21 ans, domestique et fille publique depuis cinq ans, entre à l'hôpital de Milan le 7 mai dernier.

Ses parents sont en excellente santé, le père a 45 ans, la mère 38. Ses sept sœurs et ses deux frères sont bien constitués, et ne présentent aucune anomalie des organes génitaux.

A 13 ans, première menstruation, abondante, qui dure environ 15 jours. Les règles sont depuis normales et régulières. A 17 ans elle s'aperçoit de son vice de conformation; les premières règles apparaissent à gauche, durant dix jours, s'accompagnant de douleurs dans la région abdominale gauche et dans les lombes, de fièvre, d'une grande prostration. — Ces troubles se manifestèrent à chaque époque suivante.

A 13 ans, premiers rapports sexuels à droite; elle devient presque aussitôt enceinte et accouche à 7 mois, sans cause connue, d'un enfant bien constitué qui vit encore. A 14 ans et demi, toujours à droite, avortement de 3 mois. Jusqu'à 16 ans, les rapports sexuels eurent lieu par cette voie seule (vagin droit). A cette époque elle rentre à l'hôpital de Bologne pour un catarrhe utérin. Le professeur Gamberini l'examine avec une grande attention et remarque l'existence du deuxième vagin. D'après la malade deux hymens auraient existé; mais les caroncules sont communs aux deux vagins.

A 18 ans, nouvelle grossesse à droite et avortement à trois mois après un bain de pieds chaud sinapisé. A 21 ans, dans le courant de janvier, les règles manquant, du côté gauche, depuis 90 jours, elle eut pendant deux jours un écoulement de sang de ce côté, qui s'arrêta un jour et reprit avec une très grande abondance et continua pendant deux semaines; il ne céda qu'à un traitement énergique. Ce ne fut qu'avec peine et peu à peu que la malade retrouva ses forces.

On doit remarquer que dans chaque grossesse le flux men-

suel, moins abondant que d'habitude, apparut cependant pendant les trois ou quatre premiers mois.

La malade raconte que depuis 80 jours environ le sang qui s'écoule du vagin gauche est beaucoup moins abondant ; qu'elle a des vomissements fréquents, des malaises, de la tension et de la douleur dans les mamelles. Elle se croit, en un mot, enceinte du côté gauche.

Examen physique.—Taille élevée, corps bien développé, muqueuses colorées, peau souple, brune, pannicule adipeux assez prononcé, cheveux noirs, cou de moyenne grosseur, on n'y aperçoit pas les pulsations des vaisseaux et avec le stéthoscope on n'entend aucun souffle. Le thorax manque un peu d'ampleur, et les mouvements respiratoires d'amplitude. Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal gauche, le diamètre transversal est légèrement augmenté. Les mamelles, volumineuses, occupent l'espace compris de la troisième à la sixième côte. Les aréoles sont brunes, larges et offrent quelques tubercules de Montgomery.

L'abdomen présente l'apparence normale ; la peau en est lisse, sans vergeture ; la ligne blanche n'est pas pigmentée plus que d'ordinaire. La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic mesure 81 centimètres ; le diamètre ombilico-pubien a 13 centimètres et demi ; le xipho-pubien 24 centimètres. La distance qui sépare les deux épines iliaques antérieures et supérieures est de 33 centimètres ; par la palpation abdominale on n'arrive pas à percevoir le fond de l'utérus.

Examen des organes sexuels. — La femme placée en supination, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes sur les cuisses, on peut bien examiner les organes génitaux externes qui, à la vue, ne permettent pas de soupçonner un vice de conformation. Le système pileux est normalement développé et distribué ; les grandes lèvres, au nombre de deux, sont normales, ainsi que les deux petites lèvres qui, en avant, se dédoublent pour former le prépuce du clitoris. A la base du vestibule de la vulve se trouve le méat urinaire ; au-dessous et un peu à droite un petit enfoncement. Les glandes vulvo-vaginales n'offrent rien de particulier.

Ecartant avec deux doigts les parties génitales externes, on aperçoit une cloison verticale complète qui commence à 4 centimètres de l'orifice vulvaire; elle est résistante, se prolonge d'une façon continue dans toute la longueur et la hauteur du canal vaginal; les deux index introduits dans chacun de ces canaux peuvent constater l'existence de la cloison. A gauche, l'exploration digitale permet d'arriver sur un col petit, de forme arrondie, résistant, à orifice transversal. Le cul-de-sac antérieur est élevé et tout à fait libre; le postérieur est plus dilaté. Le latéral droit se continue à droite avec une autre tumeur; l'utérus est dans l'axe et très mobile en tous sens. L'exploration gauche révèle l'existence d'un deuxième col un peu plus long, arrondi, de consistance normale, convergent vers le gauche à orifice transversal, dont les angles présentent des déchirures. Le doigt introduit dans le rectum a la sensation d'un corps arrondi, situé en avant de la paroi antérieure, dont les deux tiers sont situés à droite et qui présente sur sa face postérieure un sillon.

Le spéculum bivalve introduit dans le vagin gauche permet de voir le col avec sa couleur normale, de forme circulaire, avec son orifice transversal entr'ouvert, sans cicatrice, de la largeur d'un demi centimètre; il s'engage dans le spéculum d'environ 1 centimètre. Son diamètre antéro-postérieur est de 2 centimètres à droite; le col a 2 centimètres de long. Son diamètre mesure 3 centimètres.

Restait à pratiquer le cathétérisme. — La femme se disant enceinte du côté gauche, le cathétérisme fut tenté avec grande précaution. Le cathéter pénètre assez difficilement, à droite, du canal cervical dans la cavité utérine qui est reconnue tout à fait vide. La longueur du col et du corps est de 6 centimètres. Sans retirer le premier cathéter, un deuxième est introduit par l'orifice utérin gauche; il pénètre avec la plus grande facilité dans la cavité; longueur 5 centimètres et demi.

On peut se rendre compte de ce fait que les deux cathéters sont séparés par une cloison. — *Gazette Médicale.*

Traitement de la métrite chronique

Par T. GALLARD.

(Suite.)

III. TRAITEMENT SPÉCIAL DE CERTAIN SYMPTÔMES PRÉDOMINANTS.

— Il arrive assez souvent que l'un ou l'autre des symptômes les plus habituels de la métrite chronique vienne à prédominer, pendant le cours de cette maladie, de façon à constituer, soit par sa persistance, soit par son intensité, une aggravation telle dans l'état de la patiente qu'il devient essentiel de le combattre par des moyens spéciaux, sans attendre, comme on est autorisé à le faire quand il s'agit d'une affection moins rebelle, que ce symptôme disparaisse de lui-même, sous l'influence du traitement dirigé contre la maladie de laquelle il dépend.

Une rapide énumération de ceux de ces symptômes qui peuvent constituer des accidents assez sérieux pour que vous ayez l'occasion de les combattre, me suffira pour me permettre de vous indiquer les moyens que vous pourrez utilement leur opposer. Vous remarquerez que, de ces moyens, les uns font partie du traitement le plus habituel de la métrite chronique, et, ceux-là, vous serez toujours autorisé à les employer avec une certaine persistance, alors même que l'accident contre lequel ils auront été principalement dirigés aura disparu ; tandis que les autres, constituant une médication nouvelle, en quelque sorte étrangère et surajoutée, devront toujours être supprimés le plus rapidement possible, aussitôt qu'ils auront produit l'effet désiré ; car alors ils n'auraient plus aucune raison d'être et ne pourraient que compliquer inutilement une médication déjà fort complexe par elle-même.

a. La métrorrhagie est un de ces accidents contre lesquels il est bon que vous soyez en garde. Mais vous n'avez pas oublié qu'elle est plutôt exceptionnelle que fréquente dans le cours de la métrite chronique. Elle ne survient que lorsque la phlegmasie, ayant encore un certain degré d'acuité, affecte plus spécialement la muqueuse que le parenchyme et s'étend

en particulier à cette portion de la muqueuse qui tapisse la cavité du corps de l'utérus. Je vous ai indiqué avec assez de soin les moyens propres à la combattre, lorsque je vous ai parlé du traitement de la métrite interne, et je crois superflu de revenir, en ce moment, sur les détails que je vous ai donnés alors.

b. Les écoulements leucorrhéiques cèdent d'habitude aux moyens dirigés contre les ulcérations. Cependant, il se peut faire que, même après la disparition de ces derniers, ils persistent avec une opiniâtreté fatigante pour les malades qu'ils épuisent. Lorsqu'il en est ainsi, et si vous avez eu soin de vous assurer qu'il n'existe pas, sur la muqueuse qui tapisse la cavité du corps de l'utérus, quelque-une de ces altérations que je vous ai décrites comme caractérisant la métrite interne et commandant l'emploi des injections intra-utérines, vous devez insister sur les injections vaginales et les rendre plus astringentes par l'addition de l'alun, de l'acétate de plomb, du tannin, ou d'un sel de fer soluble. On peut aussi mélanger ces substances à une poudre absorbante comme l'amidon, et projeter ce mélange au fond du vagin, préalablement dilaté au moyen du spéculum. La poudre absorbante que vous me voyez employer le plus habituellement, en cas pareil, est composée de 4 parties d'amidon et de 1 partie de sousnitrate de bismuth. Elle a pour effet d'empêcher les mucosités provenant de l'utérus, de se répandre dans le vagin qu'elles pourraient irriter, et de fixer à leur place, à mesure qu'elles s'exfolient, les couches épithéliales superficielles de la muqueuse vaginale, dont la desquamation incessante constitue une portion importante des écoulements leucorrhéiques qui nous occupent.

Souvent il y a lieu de chercher à exercer une action plus directe sur cette muqueuse, pour arrêter ce travail d'exfoliation, et alors on se trouve bien d'augmenter la proportion des substances astringentes mélangées à l'amidon ou même de les employer pures, en les plaçant au milieu d'une sorte de sachet d'ouate, que l'on dépose au fond du vagin. Ces pe-

tits sachets sont attachés à un fil qui reste pendant hors de la vulve, et qui sert à la malade pour les retirer elle-même, au bout de douze ou vingt-quatre heures. Pendant ce temps, les mucosités vaginales, imprégnant le coton, ont dissous la substance qu'il renfermait et lui ont permis de se répandre, tant sur la muqueuse vaginale que sur celle du museau de tanche, pour exercer sur cette muqueuse une action beaucoup plus profonde et par conséquent plus efficace que celle qu'on aurait pu obtenir au moyen d'une simple injection ou même du badigeonnage avec un pinceau.

On peut aussi, lorsque l'écoulement paraît venir du col, introduire dans sa cavité le crayon de tannin.

C. Les sécrétions qui baignent la vulve y déterminent, parfois, une irritation inflammatoire qui cause des démangeaisons insupportables; mais ce prurit vulvaire peut aussi se produire en l'absence de toute inflammation et constituer un phénomène purement nerveux. Dans un cas, comme dans l'autre, vous serez exposés à trouver la vulve rouge, tuméfiée, endolorie; soit que cet état ait précédé les démangeaisons, dont il serait alors la cause déterminante: soit qu'il leur ait succédé et ait été occasionné par les frottements que la malade aurait exercés sur ces parties en se grattant avec une frénésie que rien ne peut contenir, et dont la masturbation est la conséquence la plus à redouter. Ces démangeaisons cèdent assez facilement lorsqu'elles sont dues à une inflammation véritable de la muqueuse vulvaire, mais elles sont infiniment plus persistantes lorsqu'elles constituent un phénomène nerveux, d'ordre réflexe, dépendant directement de la métrite chronique. Dans ce dernier cas on les rencontre surtout chez les femmes déjà un peu âgées.

Les bains, les injections, les lotions d'eau froide un peu prolongées parviennent souvent à les calmer, surtout si les lotions sont faites avec de l'eau blanche. On prévient leur retour en saupoudrant la vulve avec de la poudre d'amidon soit pure, soit additionnée de sous-nitrate de bismuth, ou mieux encore de précipité blanc, dans la proportion d'un dixième.

Mais ce qui réussit le mieux ce sont les lotions faites avec la solution de Gowland, dont voici la composition :

Pr. : Emulsion d'amandes amères....	200 grammes
Chlorhydrate d'ammoniaque..	} aa 10 centigrammes.
Bichlorure de mercure.....	

On peut sans inconvénient remplacer l'émulsion d'amandes par de l'eau distillée.

Ces lotions doivent être faites deux fois par jour, et, pendant l'intervalle, il faut saupoudrer la vulve d'amidon ou de poudre de riz, en recommandant expressément à la malade d'éviter de se gratter.

D. La névralgie, lorsqu'elle affecte quelque-une des branches du plexus lombaire ou sacré, doit être poursuivie à l'aide des moyens qui lui seraient opposés alors même qu'elle ne se produirait pas comme symptomatique de l'affection utérine. De ces moyens, ceux qui réussissent le mieux sont les petits vésicatoires pansés avec la morphine, et les injections sous-dermiques de morphine ou d'atropine. On peut y associer les narcotiques administrés par la bouche, mais je les réserve plus particulièrement pour les cas où la névralgie siège sur des points plus éloignés du système génital.

L'hydrate de chloral réussit assez bien à calmer ces douleurs ; mais son action est trop fugitive pour qu'il puisse être d'un grand secours dans une maladie dont les symptômes douloureux sont aussi persistants et aussi tenaces que dans la métrite chronique.

Le bromure de potassium, sur lequel j'avais fondé de plus grandes espérances, surtout d'après ce qui a été dit de son action spéciale sur le système génito-urinaire de l'homme, ne m'a pas non plus été d'une bien grande utilité. Je l'ai souvent administré, pendant plusieurs jours, à la dose de 1 à 4 grammes, sans en obtenir de soulagement appréciable ; et, dans le plus grand nombre des cas, il m'a fallu y renoncer pour revenir à l'opium ou à ses dérivés.

E. L'inflammation de la vessie, causée soit par l'extension de la phlegmasie utérine, soit par la compression exercée sur cet organe par l'utérus en antéversion, peut être assez vive

pour attirer l'attention. Des boissons émollientes ou balsamiques, comme la macération de graine de lin ou l'eau de goudron, suffiront souvent pour la faire disparaître. S'il s'y joint un peu de cuisson urétrale, due à ce que les urines sont devenues bourbeuses et chargées de sels, il conviendra de faire prendre, pendant quelques jours, un peu d'eau de Vichy, de Vals, de Pougues, ou de Saint-Galmier, en insistant sur les bains alcalins. Si, au contraire, le sédiment des urines est muco-purulent, ou même purulent, et si la douleur sus-pubienne, due à l'inflammation vésicale, a une certaine intensité, il ne faut pas hésiter à exercer une révulsion un peu énergique sur la peau de l'abdomen. Cette révulsion sera faite, préférablement, avec de l'huile de croton tiglium dont il faudra renouveler l'application plusieurs fois à quelques jours d'intervalle, en même temps que l'on administrera des balsamiques à l'intérieur, comme la térébenthine, le goudron, ou même le copahu.

F. Comme celle de la vessie, l'inflammation du rectum peut être assez vive pour nécessiter un traitement spécial. Cette inflammation qui détermine tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation, alternant avec l'expulsion de mucosités abondantes, et qui donne lieu à un ténesme anal d'autant plus insupportable qu'il y a souvent des hémorroïdes, constitue parfois un des maux dont les femmes ont le plus à souffrir. Vous la combattrez par des lavements émollients, que vous recommanderez de prendre frais, à moins que l'inflammation ne soit excessivement vive, auquel cas il serait préférable de les donner tièdes. Si les douleurs sont très intenses, vous ferez succéder à ces grands lavements de petits quarts de lavements laudanisés et amyliacés, qui devront être administrés le soir, de façon à pouvoir être conservés toute la nuit.

Ces quarts de lavement, qui se donnent surtout lorsqu'il y a de la diarrhée, ne sont pas pour moi absolument contre-indiqués par l'état de constipation, et je n'hésite pas à les prescrire alors même que je suis obligé d'administrer des purgatifs; mais dans ces cas, cependant, je leur préfère des

suppositoires contenant 4 centigrammes d'extrait de la belladone; ces suppositoires sont surtout utiles lorsqu'il y a des hémorroïdes douloureuses.

G. La constipation, dont je viens de vous dire un mot, est un état tellement habituel chez les femmes affectées de métrite chronique, que les moyens dirigés contre elle font nécessairement partie du traitement rationnel de cette affection. D'un autre côté, elle se relie d'une façon trop intime aux autres troubles des voies digestives pour qu'il soit possible de l'en distraire au point de vue thérapeutique, et je crois qu'il convient de nous occuper en même temps de la gastralgie et des dyspepsies, qui ont une influence si funeste sur l'état général des femmes affectées de métrite chronique.

Le traitement général tonique et reconstituant, dont je vais vous parler dans un instant a surtout, pour but de faire disparaître ces accidents, et il doit être secondé par un régime approprié, dont je me réserve de vous tracer plus tard les règles. En ce moment, les troubles des fonctions digestives qui doivent surtout nous occuper sont : la gastralgie, la flatulence et la constipation. Contre la première on a usé et même abusé des narcotiques. Aran est allé jusqu'à prescrire 20 centigrammes d'extrait d'opium, pour calmer les douleurs gastralgiques. Mais il ne faut pas oublier qu'en poussant aussi haut les doses d'opium, on détermine souvent de l'inappétence, du dégoût et, alors même que l'on aurait supprimé la douleur, on voit l'état s'aggraver au lieu de s'améliorer. On agit, je crois, plus efficacement pour calmer la susceptibilité de l'estomac et le rendre plus tolérant pour les aliments, en donnant des doses d'opium beaucoup moindres et en ayant soin de les faire ingérer immédiatement avant le repas. Une pilule de 1 centigramme d'extrait gommeux suffit alors, et ce qui vaut encore mieux, c'est une goutte noire anglaise. J'obtiens un excellent effet d'une mixture composée comme il suit :

Chlorhydrate de morphine.....	10 centigrammes
Eau distillée de laurier-cerise...	5 grammes.
Mêlez.	

En prendre une goutte sur un morceau de sucre, immédiatement avant chaque repas.

Ces gouttes blanches ont une action un peu différente de celles des gouttes noires anglaises, ou du laudanum, non seulement parce que l'opium y est remplacé par la morphine ; mais aussi parce qu'elles ne referment aucune des substances légèrement stimulantes qui entrent dans la composition de ces dernières, et que l'eau distillée de laurier-cerise, qui sert de véhicule à la morphine, a, par elle-même, une action sédative.

Lorsque la constipation domine, en même temps que la gastralgie, c'est à la belladone ou à la jusquiame qu'il faut demander l'apaisement des douleurs, plutôt qu'à l'opium. Je n'aime pas en voir augmenter les doses au-delà de 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures, et encore faut-il avoir soin de les fractionner, quelle que soit, du reste, la préparation pharmaceutique à laquelle on s'adresse : poudre, extrait, teinture, ou alcaloïde.

En même temps que l'on aura recours à ces moyens on facilitera les digestions par l'emploi, en boisson, d'eaux minérales un peu gazeuses et légèrement alcalines, ou par des boissons aromatiques chaudes, prises peu de temps après le repas, s'il y a de la flatulence. Mais tout ceci nous fait sortir un peu de la thérapeutique pour nous conduire dans le domaine de l'hygiène, et je ne veux pas scinder ce que j'ai à vous dire du régime.

H. On a considéré l'aménorrhée et la dysménorrhée, qui se produisent dans le cours de la métrite chronique, comme des accidents susceptibles de nécessiter un traitement spécial, au même titre que la métrorrhagie et la leucorrhée. Mais c'est là une erreur. Ces accidents sont des symptômes qui ne peuvent être amendés que par le traitement même de la maladie de laquelle ils dépendent. Il ne pourrait y avoir d'exception que pour la dysménorrhée, qui est quelquefois assez douloureuse pour nécessiter un traitement particulier, et ce traitement consistera en applications de sangsues, en bains généraux et locaux, en narcotiques tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sous forme d'injections, de cataplasmes ou

de lavements. Mais vous voyez que tous ces moyens ne diffèrent en rien, ni par leur application, ni par leur mode d'emploi, de ceux qui s'adressent à la maladie elle-même, au moment des poussées congestives qui surviennent aux époques des règles et peuvent donner lieu aux symptômes douloureux de la dysménorrhée.

Quant à l'aménorrhée, c'est surtout dans le traitement général reconstituant qu'elle trouve sa curation.

Si cependant l'aménorrhée et la dysménorrhée étaient dues à un rétrécissement ou à une coarctation de l'orifice du col résultant d'adhérence ou de brides artificielles consécutives à des ulcérations, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer soit avec l'instrument tranchant, soit avec les tentes dilatatrices, soit en combinant ces deux ordres de moyens.—*Bulletin général de Thérapeutique.*

(A continuer.)

Euonymine.

L'euonymine est une substance résineuse provenant de l'écorce du *Wahoo*, qui a été surtout signalée par le rapport du Dr Rutherford à l'Association Médicale Anglaise sur l'action cholagogue des médicaments. Les expériences du Dr Rutherford sur l'euonymine semblent prouver que c'est un véritable cholagogue, ou un stimulant du foie. Elle agit lentement, environ quarante huit heures après son administration, stimule légèrement les intestins, et n'occasionne pas de coliques. Comme la podophylline, elle n'affecte pas le foie indirectement par purgation. La dyspepsie hépatique, l'état bilieux, une langue chargée, des selles pâles, le malaise et la lassitude indiquent son usage. Vu son action légère sur les intestins, il est préférable de la combiner aux pilules de rhubarbe composées, ou donner le lendemain matin un laxatif salin.—*The Proceedings.*

De la claudication.

Par M. le Docteur JULES SIMON.

Vous n'avez pas pu assister à l'une des consultations de cet hôpital sans être frappés du grand nombre de petits malades qui nous sont présentés comme étant, à des degrés divers, affectés de claudication. C'est sur les causes de cette claudication chez les enfants que je désire attirer votre attention aujourd'hui, et c'est là, je crois, un sujet qui présente pour vous un très grand intérêt pratique, car du diagnostic étiologique que vous porterez dans chaque cas spécial découleront tout naturellement des données pronostiques particulières et des indications thérapeutiques précieuses. Dans tous les cas qui se présentent à notre observation, le problème se pose de la façon suivante : Un enfant boîte, quelle est la cause de sa claudication ? problème souvent délicat à résoudre, car les causes de cette infirmité sont nombreuses et variées. Parmi les plus fréquentes, je dois vous signaler tout d'abord les affections articulaires, qu'elles atteignent la hanche comme la *coxalgie* ou la *luxation congénitale*, ou qu'elles se rencontrent *aux articulations* du genou ou tibio-tarsiennes sous forme d'hydarthrose, d'arthrite, de tumeur blanche, d'entorse ou d'ankylose. Les *lésions osseuses* qui atteignent le squelette, particulièrement celles qui l'atteignent dans le voisinage des articulations des membres inférieurs, peuvent devenir l'origine de la claudication, et parmi elles, laissez-moi vous citer, sans m'y arrêter davantage, les ostéo-périostites si fréquentes du grand trochanter, des condyles du fémur, du tibia, du péroné, des os du tarse ; permettez-moi de vous mentionner aussi simplement les fractures de ces différents os et les accidents qui peuvent être le résultat d'une consolidation vicieuse, d'un cal difforme. Si l'intégrité des différentes pièces du squelette est absolument indispensable pour que la marche soit régulière, le fonctionnement normal *du système nerveux* n'est pas moins nécessaire. Les exemples ne nous font pas défaut et vous les rencontrerez souvent dans votre pratique ; ce sont la paralysie infantile, les

paralysies d'origine cérébrale ou médullaire, la paraplégie du mal de Pott, la paralysie diphthéritique.

Au même rang se placent les altérations du *système musculaire* qui peuvent également devenir l'origine de claudication ; je vous signalerai notamment la paralysie pseudo-hypertrophique, la paralysie éphémère ou torpeur musculaire, l'atrophie musculaire progressive, la myalgie hystérique, les contractures et les rétractions musculaires que l'on observe souvent au voisinage d'un foyer inflammatoire, tel qu'un abcès de la fosse iliaque, une périptyphlite, un abcès par congestion siégeant dans la gaine du psoas.

Un certain nombre de lésions, bien que plus exceptionnelles que les précédentes, doivent aussi être classées dans ce rapide exposé étiologique, par exemple les malformations congénitales, la croissance, les brides cicatricielles de la peau et des tissus sous-jacents.

Telles sont, messieurs, les principales causes de la claudication et s'il en est parmi elles qui ne présentent à être reconnues aucune difficulté, qui sautent aux yeux en quelque sorte, comme les lésions articulaires du genou ou du coude-pied, comme les brides cicatricielles ou les fractures, il en est d'autres, au contraire, dont le diagnostic réclame une sérieuse attention. Permettez moi d'y insister spécialement.

La cause la plus fréquente de la claudication chez l'enfant, *c'est la coxalgie*, et cela est si vrai que telle est la première idée qui vous vient à l'esprit lorsque vous avez devant vous un jeune sujet atteint de claudication ; si, en même temps que la claudication, vous constatez de la douleur au niveau de la hanche, si cette douleur s'accompagne elle-même d'ensellure lombaire, de déviation latérale du bassin, de déformation des plis inguinaux et fessiers, et de roideur de l'articulation coxo-fémorale, votre embarras ne pourra pas être de longue durée ; si, au contraire, vous vous trouvez en présence d'une coxalgie au début, vous pourrez hésiter quelquefois. Mais il est un signe dont la constatation pourra toujours vous permettre de faire le diagnostic. Votre petit malade étant couché sur le

dos et s'abandonnant bien naturellement, mettez un doigt sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, et cherchez à imprimer au fémur des mouvements de flexions sur le bassin. Si ces mouvements s'exécutent aisément, votre articulation est saine, cherchez ailleurs la cause de la claudication ; si, au contraire, une coxalgie existe, les mouvements du fémur seront impossibles, fémur et os iliaque ne feront plus qu'un, pour ainsi dire, et votre doigt, suivant les mouvements du bassin, se déplacera dès que vous chercherez à fléchir la cuisse.

Lorsque, par un examen attentif, vous vous êtes convaincu de l'intégrité des mouvements qui se passent dans l'articulation coxo-fémorale, vous pourrez, messieurs, éliminer à coup sûr l'idée d'une coxalgie et vous devrez rechercher dans cette même région une cause moins fréquente, mais non exceptionnelle de claudication, je veux parler de la *luxation congénitale*. Pour arriver au diagnostic de cette affection, il faut vous souvenir qu'elle n'est pas douloureuse, qu'elle date de la naissance et que par cela même la claudication se remarque dès les premiers pas. Le sujet qui en est affecté marche en se dandinant, il se tasse d'un ou des deux côtés, suivant que la luxation est uni ou bilatérale ; il semble, et c'est en partie la réalité, que le fémur remonte à chaque pas dans la fosse iliaque. Explorez la région de la hanche et vous y constaterez des modifications très importantes. Le pli fessier est dévié, le trochanter, écarté de la ligne médiane, est plus élevé que celui du côté sain, la fesse est plus large, aplatie. Sur le bord de la cavité cotyloïde, plus tard dans la fosse iliaque externe, vous trouverez une saillie arrondie, hémisphérique, constituée par la tête fémorale. Passez ensuite à l'examen du pli de l'aîne et au-dessous de l'arcade fémorale, cherchez le plan résistant sur lequel vous sentez à l'état normal battre l'artère fémorale ; vous ne trouverez rien de semblable dans la luxation congénitale et vos doigts s'enfonceront dans une dépression profonde, d'autant plus profonde en apparence que le petit malade sera plus maigre. Si vous voulez vous rendre compte de l'état des mouvements de l'articulation coxo-fémorale, vous constatez avec la plus

grande facilité que la flexion et l'adduction s'exécutent beaucoup plus facilement et dans une étendue bien plus grande qu'à l'ordinaire, que l'abduction, au contraire, est dans une certaine mesure assez limitée.

Tous ces différents signes, claudication spéciale, déformation, exagération ou gêne des mouvements, trouvent leur explication toute naturelle dans la manière d'être des éléments constitutifs de l'articulation de la hanche. Que la luxation soit le fait d'une hydropisie de l'articulation ou d'un relâchement de la capsule, la tête, au moment de la naissance, est en rapport avec la partie supérieure du bourrelet cotyloïdien ; mais, dès que l'enfant commence à marcher, cette tête, qui n'est pas soutenue, repousse la capsule, glisse dans la fosse iliaque et monte ainsi successivement tant qu'elle ne rencontre aucun obstacle devant elle. Tous les mouvements imprimés à la cuisse ne se passent plus dès lors au niveau de la cavité cotyloïde, et la tête fémorale décrit dans la fosse iliaque externe, à chaque mouvement de flexion, des arcs de cercle dont le centre paraît représenté par le grand trochanter. Ce sont là des faits très appréciables par la palpitation ; de même que par une légère traction exercée sur la jambe on peut facilement, le bassin étant bien fixé, faire descendre un peu l'extrémité supérieure du fémur.

Certaines lésions osseuses, portant sur le *squelette du bassin* ou du *membre inférieur*, peuvent, vous ai-je dit, déterminer de la claudication ; elles peuvent par cela même simuler la coxalgie et elles la simuleront avec d'autant plus de facilité qu'elles produisent souvent dans leur voisinage des contractures musculaires qui en imposent pour une immobilisation de la jointure ; mais cette immobilisation sera rarement complète, et sa disparition absolue sera obtenue immédiatement par l'emploi du chloroforme.

Dans la *paralysie infantile*, qu'il convient d'examiner maintenant, la claudication s'accompagne d'un certain nombre d'autres symptômes d'une importance capitale. La maladie est survenue tout d'un coup ; à son début, elle s'accompagne sou-

vent de fièvre vive et quelquefois de convulsions. La paralysie a été complète d'emblée, et elle s'est localisée, en peu de temps, non-seulement à un membre, mais à un groupe de muscles ; sans développer la moindre douleur, elle a été rapidement suivie d'atrophie. Les extrémités malades sont toujours le siège d'un refroidissement très facilement appréciable, et parfois d'une cyanose asphyxique. Les mouvements, du reste, sont absolument conservés et une exploration méthodique de la hanche permet de constater l'intégrité anatomique absolue de la jointure.

Ce sont là aussi quelques-uns des caractères des *paralysies d'origine cérébrale*, de ces paralysies que l'on rencontre dans le cours de l'hydrocéphalie, de l'hémorragie méningée, de la sclérose, des tubercules cérébraux. Mais dans ces cas le début de la maladie n'est généralement pas brusque et la perte des mouvements s'accompagne de troubles de l'intelligence, de vertiges, de strabisme, souvent de vomissements et d'attaques convulsives épileptiformes, symptômes qui, par leur réunion, permettent d'arriver à un diagnostic exact.

Dans les cas où la claudication sera le résultat d'une paralysie médullaire, d'une *paraplégie du mal de Pott*, par exemple, il vous sera facile, tout d'abord, de constater l'intégrité de l'articulation et d'éliminer, par ce fait, l'idée d'une coxalgie ou d'une luxation congénitale. Quant au diagnostic avec la *paralysie infantile*, vous vous baserez pour l'établir, en dehors de la constatation de la gibbosité, sur ce fait que, dans la paralysie du mal de Pott, la perte de la motilité existe au même degré des deux côtés, tandis que dans la paralysie infantile, lorsque les deux côtés sont pris, jamais ils ne le sont avec la même intensité. Il est un point spécial à cette variété de paraplégie médullaire que je dois vous rappeler ici, c'est sa curabilité fréquente et même complète après un temps très variable. Elle se trouve, vous le savez, sous la dépendance de l'abcès ossifluent dont le degré de compression sur la moelle se modifie avec la résorption du liquide, ou la migration plus ou moins facile du pus.

Par la paralysie qu'elle détermine, *la diphthérie* peut devenir une cause de claudication ; l'embarras n'est pas grand dans ce cas. En même temps que vous apprendrez que l'enfant a été atteint d'angine ou de croup, vous constaterez communément les signes d'une paralysie du voile du palais et vous pourrez vous assurer aussi que, contrairement à ce qui a lieu dans la paralysie infantile, la perte de la motilité n'affecte pas ce caractère essentiel de la localisation et qu'enfin elle n'a point de tendance à déterminer l'atrophie rapide et partielle si singulière dans la paralysie infantile.

Chez quelques enfants atteints subitement, au milieu d'une santé parfaite, la claudication peut être mise parfois sur le compte de cette affection que j'ai désignée, en 1874, sous le nom de *paralysie éphémère*, que Chassaignac dénommait *torpeur musculaire*. Cette paralysie des bébés est toujours le résultat, soit d'une violence directe, d'une compression un peu forte, soit d'un refroidissement avéré. Ses caractères cliniques les plus importants sont la sensibilité des masses musculaires et sa facile disparition.

Lorsque je vous aurai rappelé, messieurs, comme cause assez peu fréquente de claudication, ces myalgies et ces névralgies qui accompagnent souvent l'hystérie naissante, il ne me restera plus à vous mentionner que quelques autres affections portant sur les masses musculaires : telles sont la *paralysie pseudo-hypertrophique*, *l'atrophie musculaire progressive*, les *contractures réflexes*. La paralysie pseudo-hypertrophique est, vous le savez, caractérisée anatomiquement par une prolifération conjonctive interstitielle des muscles aboutissant à l'atrophie des fibres musculaires. Localisée, le plus souvent aux membres inférieurs, elle donne aux lombes, aux fesses, aux mollets un volume énorme qui contraste singulièrement avec le volume, relativement mesquin, de la moitié supérieure du corps. Par certains de ces caractères objectifs, l'ensellure, le dandinement, le boitement, la paralysie pseudo-hypertrophique se rapproche de la luxation congénitale de la hanche ; mais si vous voulez faire le diagnostic, explorez le

pli de l'aine, vous n'y déterminerez pas cette dépression profonde sur laquelle j'ai insisté plus haut ; examinez la région fessière et la hanche et vous pourrez vous assurer par la palpation que la tête du fémur et la cavité cotyloïde sont bien toujours dans leurs rapports normaux. Ce sont encore ces derniers symptômes qui font défaut dans l'atrophie musculaire progressive. Très rare, d'ailleurs, chez les enfants, celle-ci débute par la face, par l'orbiculaire des lèvres, et elle n'atteint les membres inférieurs qu'après avoir touché les mains, les éminences thénar, le tronc, et avoir en tous ces points laissé des traces de son passage.

Parmi les *contractures* qui produisent de la claudication, je veux vous signaler surtout celle du *muscle psoas iliaque* qui, dans bien des cas où elle accompagne un abcès par congestion, non saillant encore au pli de l'aine, simule, à s'y méprendre, la coxalgie. Immobilité apparente de la jointure, attitude vicieuse, douleurs existants dans les deux cas au même degré ; mais dans la fosse iliaque, si vous vous trouvez en présence d'une contracture du psoas produite par le voisinage d'un abcès par congestion, vous trouverez une tumeur arrondie, tendue, fluctuante, c'est l'abcès ; enfin, la colonne vertébrale sera roide et atteinte d'une gibbosité plus ou moins prononcée, soit dans la région lombaire, soit même dans la région dorsale.

Je ne veux pas vous arrêter sur le diagnostic relatif aux brides cicatricielles, aux arrêts du développement. La convalescence des grandes maladies donne lieu à un affaiblissement et à une démarche particulièrement allourdie qui ne saurait donner le change.

Enfin, vous entendrez bien souvent les parents invoquer la croissance comme point de départ de la claudication. La croissance peut-elle, à elle seule, la déterminer ? C'est possible, mais je ne saurais, en terminant, trop insister sur ce fait, que vous ne devriez la faire entrer en ligne de compte qu'en dernier lieu et presque à votre corps défendant.—
Gazette Médicale.

Sur le danger des amputations immédiates et des amputations secondaires.

Un enfant de seize ans qui s'essayait à monter derrière une voiture a le pied saisi par les rais d'une roue, qui en tournant lui arrache incomplètement la jambe. Dès son entrée à l'Hôtel-Dieu de Paris, l'interne de garde constate une disjonction accompagnée de fracture, et, de plus, une plaie pénétrante de l'articulation du genou avec fracture par arrachement de la partie supérieure du tibia. L'état général est d'ailleurs assez mauvais ; température abaissée par le fait d'une grande perte de sang, pouls déprimé, etc. En présence de ces lésions, on n'hésite pas à intervenir et à pratiquer de suite l'amputation de la cuisse.

Le lendemain, à la visite, le chirurgien juge, à première vue, la situation fort grave et porte un pronostic défavorable : la température se maintenait au-dessous de 36°, et le pouls au-dessous de 60° ; le sommet des lambeaux commençait à se sphacéler, et l'autopsie permit de vérifier : “ 1o une suffusion sanguine remontant vers le haut de la cuisse jusqu'à l'ischion, dans les interstices musculaires, et aboutissant en bas au moignon ; 2o diverses lésions du moignon, telles que la présence d'une sanie gangréneuse entre les muscles et entre les fibrilles musculaires elles-mêmes ; 3o l'intégrité des viscères abdominaux et thoraciques.”

Le chirurgien a pris occasion de ce cas malheureux pour s'expliquer sur la valeur comparée des amputations immédiates et secondaires, ainsi que sur le moment opportun de les pratiquer. Au début de sa carrière, le professeur s'est montré partisan absolu de l'amputation immédiate ; aussi ne saurait-il blâmer ceux qui les pratiquent aujourd'hui avec une conviction égale à celle qu'il avait alors. Il semble, en effet, qu'un blessé auquel un traumatisme violent arrache les chairs, brise les os, ait tout avantage à voir substituer à cette plaie irrégulière, sanglante, contuse, une section nette, régulière, telle que se présente une plaie chirurgicale. Sa prati-

que personnelle et l'expérience de Malgaigne, qui estimait à 86 0/0 le chiffre de la mortalité à la suite des amputations immédiates, ont profondément modifié la manière de voir du chirurgien Richet, qui se déclare aujourd'hui l'un des plus grands défenseurs des amputations secondaires. Après un traumatisme considérable, l'homme est sous l'influence du choc traumatique qui s'accuse par un double trouble fonctionnel du système nerveux et du système circulatoire. L'ablation d'un membre viendra encore ajouter à cette dépression physique un ébranlement moral qui laissera à l'opération peu de chances de succès. Au contraire, si vous attendez cinq ou six jours, comme le faisaient Velpeau et Roux, l'amputation, si grave qu'elle soit, rencontrera des conditions de beaucoup favorables : le système nerveux est moins déprimé, le pouls et la température se sont relevés, enfin le blessé, maître de sa volonté, accepte plus volontiers une mutilation qu'il eût repoussée énergiquement dans les heures qui suivent l'accident.

C'est encore là une grosse question de pratique chirurgicale qui a passé par les controverses les plus vives sans être définitivement tranchée, et ce depuis l'an 1755, avec Le Conte et Faure.

La statistique, dont on invoque souvent le témoignage, ne semble pas porter une vive lumière sur ce point litigieux ; c'est ainsi que, d'après de nombreux relevés empruntés aux auteurs les plus divers, M. Legouest trouve, pour un total de 7,854 amputations, dont 5,599 primitives et 2,265 consécutives, une différence de 0,29 0/0, seulement en faveur des amputations primitives ; fait-on une distinction entre le membre supérieur et le membre inférieur, la différence entre la moyenne des amputations primitives et celle des amputations consécutives, favorable aux premières quand il s'agit du membre supérieur, vaut entre 7,27 0/0 et 10,56 0/0, tandis qu'elle est défavorable aux amputations primitives du membre inférieur dans une moyenne composée entre 12,92 0/0 et 20, 10 0/0...

“ Et cependant, dit encore M. Legouest, c'est surtout l'ampu-

“ tation de la cuisse, celle qui, faite immédiatement, réussit
“ le moins, que la plupart des chirurgiens ont en vue lors-
“ qu'ils recommandent aujourd'hui encore l'amputation pri-
“ mitive. ”

La statistique, le moyen le moins défectueux que nous possédions, plus approchée de la vérité scientifique, comporte ici plusieurs éléments d'erreur; on a bien cherché à établir par des moyennes proportionnelles le nombre des morts après les deux ordres d'amputations, mais on a omis, parce que cette recherche est plus difficile, de relever le chiffre des individus *non amputés qui ont survécu*.

La solution de cette seconde proposition serait la meilleure démonstration de la première; et encore, pour arriver à une appréciation tant soit peu exacte, il nous faudrait tenir compte aussi du mode de pansement, dont l'action sur la terminaison des plaies et le résultat des opérations est maintenant hors de conteste.

Les pratiques authentiques ont, en effet, singulièrement modifié le pronostic de certains traumatismes, et un de leurs bienfaits, ce n'est pas le moindre, est d'avoir élargi le champ de la chirurgie conservatrice. Telle plaie de la hanche et du genou qui semblait, pour Percy et Larrey, commander une intervention immédiate, peut trouver dans un pansement ouaté de Guérin, non-seulement le temps nécessaire, le moment opportun pour une intervention tardive, mais aussi souvent une terminaison heureuse. Les méthodes anti-septiques ont réalisé, comme le chloroforme, une révolution aussi profonde, aussi durable dont les effets doivent entrer en ligne de compte quand il s'agit d'apprécier la valeur d'un procédé opératoire ou d'une opération en général; il est probable que les statistiques de l'avenir, si elles mentionnent, comme nous l'espérons, la nature du pansement appliqué à chaque cas, si elles tiennent compte de son influence se montreront de plus en plus favorables aux opérations retardées, suivant l'expression de M. le professeur Verneuil, si même elles ne proclament pas, avec l'appui des faits bien observés, la supériorité de la chirurgie conservatrice.—*Réveil Médical*. ANDRÉ MARTIN.

Vaccination. (1)

—
(Fin.)

La vaccination qui fait l'admiration de tant d'hommes distingués, en Angleterre surtout, en Allemagne, en France et ailleurs, laisse des doutes bien légitimes sur son efficacité, comme je le disais dans mon dernier article qui a paru dans l'*Abeille Médicale* (Juin 1880) : " Les résultats de la vaccination ne nous fournissent jusqu'à présent aucune preuve de l'action préservatrice du *virus vaccin* contre la variole et ses effets."

Le *vaccin* et la *vaccine* possèdent ils des propriétés préservatrices contre la variole ? J'ai déjà fait voir qu'au lieu d'être un moyen préventif contre la variole, la vaccination est souvent cause de maladies plus redoutables que celle pour laquelle elle a été introduite dans la pratique de la médecine et acceptée par un si grand nombre de médecins trop peu soucieux d'acquérir la preuve de son efficacité.

Le virus-vaccin est d'une nature inflammatoire et gangréneuse, communiquant la vaccine et quelquefois la variole. L'inoculation est le moyen de pratiquer la vaccination, et souvent cette pratique communique les germes de différentes maladies comme la syphilis, les scrofules et les affections tuberculeuses, tel que démontré par les hommes les plus compétents, et même grands partisans de la vaccination. Ces effets ne sauraient être contestés aujourd'hui que par ceux qui ne veulent ni voir, ni raisonner, ni se rendre à l'évidence des faits.

La vaccine préserve-t-elle contre la variole ? Je reproduis quelques observations, extraites de l'histoire de la vaccination par le Dr Monteils, et qui font voir que les vaccinés sont loin

(1) Nous publions dans ce numéro la fin du travail contre la vaccination par M. le Dr Coderre. Avec les auteurs les plus accrédités, nous ne partageons nullement ces vues, tel que nous l'avons affirmé, dès l'insertion de son premier article,

d'être préservés de la variole par la vaccine; elles ont été faites et publiées par des partisans de la vaccination, et sont la condamnation même de cette pratique. Leurs auteurs attribueront les insuccès de la vaccination plutôt à la qualité du vaccin qu'à l'inefficacité de ce virus; pour nous, la nature du virus-vaccin est toujours la même, et la vaccination n'a jamais produit d'autres résultats que ceux déjà constatés, c'est-à-dire, des résultats pernicieux, elle ne préserve personne contre la variole.

Nous avons eu occasion de soigner un grand nombre de malades atteints de cette maladie, et toujours nous avons pu nous convaincre que les vaccinés, pas plus que les non vaccinés, ne sont épargnés.

Je citerai entre autres faits qu'il m'a été donné de constater, celui-ci que j'ai déjà rapporté :

En 1876, je visitais, avec le Dr. A. B. Craig, l'hôpital des variolés, il s'y trouvait 17 malades, dont 16 vaccinés; 9 étaient des Canadiens, et les autres, des Anglais, ces derniers tous vaccinés. Il y avait parmi eux trois cas de variole confluente, et un seul cas parmi les Canadiens. Eh bien ! ici, où se trouve l'effet préservatif de la vaccine ?

Quant à son action délétère, personne ne peut la nier et nous avons bien souvent eu occasion d'observer les résultats fâcheux de cette pratique, que les médecins vaccinateurs n'étudient pas assez, et que, par suite ils ne comprennent pas bien.

Mais ! on a vu très souvent des inflammations érysipélateuses du bras s'étendre au côté correspondant du corps; des ulcères profonds suppurer pendant des mois, des années même avant de se cicatriser ! Chez un grand nombre d'enfants, ces effets de la vaccination ont souvent causé de graves infirmités, quelquefois la mort d'ailleurs seule capable d'apporter un remède aux souffrances de ces pauvres victimes.

Le Dr Monteils attribue souvent aux saisons, une influence pernicieuse sur les résultats de la vaccination; et selon lui les grandes chaleurs et les saisons des pluies, comme les grands froids de l'hiver seraient pernicieux au vaccin et aux vaccinés surtout.

Voici ce qu'il dit à la page 76 de son ouvrage : " L'action des saisons sur le vaccin n'est pas moins digne d'intérêt. Les chaleurs extrêmes sont peu favorables à la vaccination, non-seulement à Calcutta, mais encore dans tout le Bengale et dans les provinces septentrionales de l'Inde : La saison des pluies (Juin et Juillet) est même plus délétère que la chaleur. On a observé dans la partie méridionale du Bengale " que la vaccination amène souvent alors de violentes inflammations avec tendances aux ulcérations gangréneuses."

Pour nous, les ulcérations sont de toutes les saisons et se rencontrent très souvent comme conséquence de la vaccination, malgré le dire des admirateurs de " cette salubre pratique," comme on l'appelle.

La vaccine ne préserve point contre la variole, et la vaccination est un danger pour la société en général.

La vaccine ne préserve pas contre la variole," en voici de nouvelles preuves que j'extraits encore du même ouvrage, p. 67 et suivantes :

(1874), " C'est, à peu de chose près, ce que m'écrivait encore, en 1854, à propos d'une communication faite, sur le même sujet, à l'Académie impériale de médecine, l'un des principaux rédacteurs de la presse médicale française, M. Sales-Girons : " Il me plaît, à l'heure qu'il est, de pouvoir suivre ces conseils, en publiant *in extenso* les observations intéressantes, au sujet de cette communication.

" Malgré tous ces détours, F. Berard n'en fut pas moins obligé de convenir qu'un très grand nombre de vaccinés avaient été atteints par l'épidémie Montpelliéraine.

" L'épidémie de Montpellier fut précédée par celle qui se déclara, en 1813; dans la petite ville de Forfar, en Ecosse, au dire de John Adams, 150 vaccinés doivent avoir été atteints de variole." (STEINBRENNER.)

" L'année 1816 fut signalée par l'apparition de deux épidémies de variole également remarquables par leur grand nombre de vaccinés-varioleux. Celle de Salins dont il est fait mention dans un journal allemand "Gerson et Julius, ma-

gazin der Ausländischen litteratur, Novembre 1829, page 459, fut des plus meurtrières.

“ Je citerai encore parmi les plus importantes du même genre :

1o. Celle de Milan, (en 1817), qui a eu trois historiens : MM. Pougens, Fontanelles et Desmonds.

“ Le premier assure que plus de 200 vaccinés eurent la variole.

“ Le second soutient que ces prétendues varioles n'étaient que des varicelles.

“ Et le troisième chargé par la municipalité de Milan, d'en faire le recensement, réduit à 120 le nombre des vaccinés qui furent pris de la petite vérole.

2o. Celle de la Martinique, en 1818, dont la relation communiquée par M. Lefort, témoin de l'épidémie, à M. Sédillot, dans une lettre du 12 Mai 1819, accuse un grand nombre de vaccinés-varioleux. M. Lefort estime que l'épidémie atteignit un huitième des vaccinés. Il assure que tous ceux qui furent atteints étaient vaccinés depuis sept ou huit ans, et que plusieurs d'entre eux succombèrent. Quant aux nouveaux vaccinés, ils furent tous préservés.”

“ 3o. Celle de New-Lanark (Angleterre), rapportée par William Gibson, qui a compté 322 malades, dont 251 après vaccination, 11 après variole naturelle ou inoculée, et 3, après variole et vaccine.

4o. Celle de Neuruppin (Allemagne), en 1819 et 1820, dont le Dr Oelz rend compte dans le numéro de Janvier 1822, du journal d'Hufeland et qui attaqua 200 individus dont 25 vaccinés.

“ 5o. Celle de Philadelphie (Etats-Unis), en 1823, où l'épidémie prit un développement tel, “ que dans l'espace de sept mois il y a eu, d'après ce que Chapman croit pouvoir démontrer, quatre à cinq mille cas de variole chez les vaccinés seulement, sans compter les cas de variole naturelle chez les non-préservés, et une trentaine de seconde variole. (Steinbrenner.)

“ Je ne parle pas de celle de New-York, décrite par les Drs Blatekley, Monley, Smith Roger, Macheven et Bell : les chiffres qu'ils accusent me paraissent trop exorbitants pour ne pas être exagérés.

“ Ils accusent que la plupart des varioleux étaient vaccinés, et Bell affirme que le nombre des personnes prises de la variole après la vaccination était à celui des varioleux non-vaccinés comme 3 : 1.”

“ 60. Celle de Paris, en 1825, au sujet de laquelle Dance a prononcé ces paroles mémorables :

“ C'est pendant cette année que la petite vérole sévit avec fureur, et que pour la première fois, du moins en France, la vaccine se montra, sur une masse considérable d'individus, insuffisante pour conjurer entièrement ce fléau redoutable. Un grand nombre de ces derniers furent, en effet, atteints d'une sorte de variole qui, bien que modifiée dans sa marche, était trop ressemblante à la véritable variole pour ne pas être un rejeton de la même famille.” (Archives générales de médecines, 1830, tome xxiii, page 443.)

“ 70. Celle de Voulte, en la même année 1825, qui, au dire du Dr. Joyeux, son rapporteur, attaqua 45 vaccinés sur 180 (1 sur 4).

“ 80. Celle de-Saint-Pol-de-Léon, en 1826, qui fut si meurtrière, qu'en moins de cinq mois elle enleva un vingtième de la population (285 sur 6,225 habitants) et qui attaqua tant de vaccinés, que le Dr. Guillon, son historien, craignant de nuire à la vaccine, crut tout concilier en appelant du nom de variolide l'éruption dont ils furent atteints.”

Je crois que ces citations sont suffisantes pour démontrer l'impuissance de la vaccine à préserver de la variole, malgré que le Dr. Monteils les ait rapportées, ainsi que beaucoup d'autres accompagnées de réflexions pour donner un certain prestige à la vaccination qui est en baisse à l'heure qu'il est, et qui avant dix ans sera honnie par tous les vrais amis de l'humanité.

La vaccination n'a été qu'un moyen d'entretenir la variole

au milieu des populations. Il y a au moins dix ans que cette pratique a été généralisée dans la cité de Montréal et ses environs, et la variole n'a cessé d'exercer ses ravages jusqu'à ces derniers temps. Il y a dix ans, quand on a commencé à recommander la vaccination, je disais à la corporation par la voix de la presse : " On veut faire vacciner, mais aussi on verra la maladie se répandre parmi nous ; " et malheureusement ce que j'avais prévu ne s'est que trop réalisé. La vaccine est une maladie épidémique et contagieuse ; elle se communique comme toutes les maladies pestilentielles. Les mesures d'hygiène sont les seules qui doivent être employées pour prévenir la variole et diminuer ses ravages ; au contraire, on a négligé ces mesures pour avoir recours à la vaccination ! Cette pratique a-t-elle jamais eu pour effet d'entraver ou de modifier les effets de la variole ? Non : elle n'a fait que propager cette maladie.

Le Dr. Monteils dans ses observations sur les effets de la vaccination n'a-t-il pas dit, en parlant de la contagion de la variole, " que cette maladie épidémique a été provoquée par une cause spéciale primitive." (La vaccination inoculatrice intempestive), Je m'appuie encore de l'autorité du même auteur, pour démontrer les avantages que procure l'hygiène contre l'extension de la variole durant les épidémies. A la page 105 de son ouvrage, il dit : " Je citerai un fait très-remarquable que j'ai été à même d'observer pendant l'épidémie dont il est question, au chef-lieu de la commune de St. Germain-de-Calberte.

" Ce village situé dans la montagne, est placé à mi-côte et bâti en amphithéâtre au-dessus et au-dessous d'une route départementale. Dans l'intérieur du village cette route forme allée, et de chaque côté se trouvent les habitations des gens aisés, des petits négociants, des petits industriels, des gens enfin qui, par leur position, sont en quelque sorte obligés de se tenir propres et plus ou moins convenablement vêtus. La partie haute et la partie basse sont habitées par les petits propriétaires, par les agriculteurs et par les ouvriers cultivateurs.

“ Or, la partie centrale a été complètement respectée par l'épidémie ;

“ Et la variole ne s'est montrée que dans les habitations situées à la périphérie, même à une certaine distance du village et complètement isolées ; dans celles qui sont occupées par les travailleurs de terre, par leur entourage forcé de basses-cours infectes et d'écuries d'une malpropreté plus remarquable encore que celle des habitants.

“ Et ici je n'ai pas même la ressource de donner pour explication à cette préférence le défaut de vaccination : là, presque tous ceux qui ont été frappés par l'épidémie étaient bien et très-bien vaccinés.” — J'ajouterai encore un fait à l'appui du principe que je soutiens, que la vaccination ne préserve pas contre la variole : —

“ Mr. J. B. Duplessis, le 11 Mars 1880, vint me demander d'aller voir son fils âgé de 22 ans, demeurant No. 38 rue Notre-Dame. — Maladie : variole confluente. Ce jeune homme me dit qu'il avait déjà eu la picotte étant encore enfant, malgré qu'il eût été bien vacciné ; il portait une cicatrice vaccinale très-apparante et bien régulière au bras droit. La première attaque avait été confluente, et cette deuxième attaque était des plus malignes. La mort est arrivée le 20 Mars, la douzième journée de la maladie.”

Partout, on le voit, les effets de la vaccination sont les mêmes. Cette pratique hideuse devrait être abandonnée pour être remplacée par des mesures purement hygiéniques, seules capables d'enrayer ou de modifier les maladies épidémiques. Malheureusement les autorités municipales des grandes villes ont au contraire recours à la vaccination dans les épidémies de variole.

Depuis dix ou douze ans que nous avons à subir la présence de la variole dans cette cité, les quartiers pauvres sont ceux qui ont le plus souffert de la variole ; ce sont aussi ceux qui ont été le plus négligés sous le rapport des mesures hygiéniques, et ils sont encore ceux où on a le plus pratiqué la vaccination.

Enfin, pour terminer cette partie de mon étude sur la vaccination, je ne puis faire mieux que de reproduire la lettre du Dr Boëns, de Belgique, à M. le Dr Labbée, directeur du mouvement médical, Paris. Je réunirai, plus tard, en un volume, les divers articles que j'ai publiés avec ceux qui ont paru dans la presse contre la vaccination.

J. EMERY-CODERRE.

Montréal, Novembre 1880.

Mon cher Directeur,

“ A travers les clameurs des praticiens qui, par conviction ou par intérêt, se déclarent partisans absolus de la vaccine et proclament leur foi dans son infailibilité, il m'arrive d'Angleterre et d'ailleurs des encouragements et des faits nombreux qui tendent à m'engager de plus en plus dans le camp des anti-vaccinateurs.

“ Je sais qu'on a étrangement “ exagéré la vertu du vaccin,” comme dit M. Papillaud dans l'*Union médicale* du 26 février, qui va jusqu'à proposer de revenir à l'inoculation directe de la variole, ainsi qu'on le faisait avant Jenner, tant l'insuffisance de la vaccine lui semble manifeste. Je sais aussi que, de l'aveu même des jennériens, la prééminence du vaccin animal sur le vaccin humain n'est pas établie. M. Jules Guérin préfère ce dernier ; le gouvernement belge a concédé l'exploitation exclusive du premier. On reconnaît généralement que les statistiques sur lesquelles on s'est appuyé pour faire admettre la puissance prophylactique de la vaccine sont défectueuses, à tous égards, et que l'hygiène est appelée à jouer un rôle de plus en plus considérable dans l'application des moyens propres à prévenir les épidémies.

“ Pour le moment, c'est surtout ce que je voulais obtenir.

“ Continuons, disais-je, après avoir battu en brèche l'engouement des vaccinateurs pour leur méthode, à étudier, sans prévention et sans parti-pris, tout ce qui se rattache à cette pratique décevante et surfaite ; voyons combien de sujets non-vaccinés sortent indemnes ou à peine effleurés des épidémies de variole à côté de tant de vaccinés qui en sont atteints ou les premiers ou le plus gravement dans la même famille ; signalons surtout les conditions hygiéniques et les états physiologiques qui ont rapport à chaque varioleux ; examinons de près tous les faits et scrutons attentivement les causes et les antécédents propres à chaque cas.

“ N'est-ce pas là ce que nous devrions faire ?

“ Le plus grave reproche que j'adresse aux zélateurs de la vaccine, c'est d'avoir enrayé la marche de la *vraie médecine préventive*. On avait une telle confiance dans le vaccin qu'on se préoccupait peu dans nos villes, et principalement dans nos campagnes, des mesures de salubrité publique et d'hygiène privée dont nul n'oserait contester les vertus anti-épidémiques. On a lâché, pendant trois quarts de siècles *la proie pour l'ombre*. Et c'est d'aujourd'hui seulement que nos sociétés de médecine publique cherchent à rattraper le temps perdu... grâce à la routine jennérienne.

“ Revenons aux saines traditions ; ce n'est pas dans *l'inoculation des virus*, comme le veut M. Pasteur, que doit consister *l'art de vivre*, l'art de conserver sa santé au milieu des milliers d'agents qui la harcèlent sans répit. Les microbes, aérobies et anérobies qui emplissent l'atmosphère, mais c'est une partie de notre pâture ! Nous en dévorons par milliards chaque jour. Seulement, quand ils sont trop nombreux ou que notre organisme est détraqué, ce sont eux, à leur tour, qui nous dévorent : c'est la concurrence vitale dans toute son homicide et insecticide réalité. Ni trêve, ni merci : il faut vivre des infiniment petits, des poussières atmosphériques, des atomes dont nous ne sommes qu'un agrégat, ou leur servir d'aliment. Vous voulez lutter contre ces germes destructeurs par des *inoculations successives* ! Mais attaquez-les dans leurs foyers, dispersez leurs phalanges, empêchez-les de s'accumuler en masses compactes, et mettons nous en mesure de les avaler et de les digérer quand ils ne sont ni trop multipliés, ni trop vieux pour être réfractaires à notre économie et devenir en elle une cause d'empoisonnement, de putréfaction et de mort.

“ Mais les vaccinateurs endurcis font la sourde oreille et continuent à étayer leur pratique sur des statistiques baroques. Voici, par exemple, le journal d'un grand vaccinateur devant Dieu ! -- qui publie des chiffres renversants pour les anti-jennériens, des chiffres « qui peuvent se passer de tout commentaire », selon la formule consacrée chez les statisticiens. Les hôpitaux de Londres ont reçu, en quatre années, 15,171 varioleux, dont 11,412 vaccinés et 3,759 non-vaccinés. 1,008 vaccinés ont succombé, soit 1 sur 11 ; 1,664 non-vaccinés ont subit le même sort, mettons 1 sur 2. Cela est renversant, paraît-il. Oui, quand on ne voit que la vaccine et la variole là où il faut tenir note de « beaucoup d'autres éléments.

“ Ainsi, il est avéré que la variole naît et s'implante de préférence chez les sujets qui vivent dans la *saleté* et la *misère*. J'ai vu récemment encore, à Marchiennes, des bataillons

carrés de maisons infectes entourant des mares fangeuses où la petite vérole frappait indistinctement tout le monde, vaccinés et non-vaccinés. Les vibrions varioleux, n'en déplaise aux vaccinateurs, naissent de la pourriture et s'y trouvent très-bien. C'est un fait. Pour les empêcher de se fourrer dans nos interstices cutanés, pulmonaires et autres, il suffirait de mettre un cache-nez et des manchettes (Lister) ou d'y insinuer, à temps, une petite avant-garde (Pasteur et Jenner). C'est ce que nous contestons, au moins en partie. Nous prétendons, quelque soit l'origine des microbes, qu'ils proviennent d'une *génération* improprement dite spontanée, d'*évolution* ou de *transmission*, que leur multiplication et leurs propriétés noscives sont, sous l'influence de certains états atmosphériques ou climatériques encore indéterminés, parce qu'on s'en est peu occupé jusqu'à ce jour. etc."

"Demandons-nous maintenant où vivent en Angleterre les sujets *non vaccinés*? Dans quelques conditions hygiéniques?.. Et quels sont ces individus, dans un pays où l'on a eu la triste inspiration de rendre la vaccine *obligatoire*, en dépit de l'*habeas corpus*, moins par conviction que par orgueil national, pour glorifier John Bull dans la personne de l'Anglais Jenner? Dans la Grande-Bretagne, les *non vaccinés* se rencontrent dans les populations ignorantes, vagabondes, pour lesquelles les lois préventives sont comme non-avenues, et parce qu'elles ne les connaissent pas et parce qu'elles n'ont nul souci des pénalités attachées à leur infraction. Les *vaccinés* anglais, au contraire, appartiennent aux classes aisées de la société, qui vivent plus ou moins confortablement, bien logés, bien nourris. Les 3,759 varioleux de Londres non vaccinés ont été certainement recueillis dans les bouges de cette capitale. Misère et saleté, débauche et usure prématurée, n'est-ce pas le sol propice à la prolifération des microbes? Que, dans ces conditions, la variole tue un malade sur deux, quoi d'étonnant? Mais, ce qui m'étonne, c'est que parmi les sujets vaccinés admis à l'hôpital, on ait perdu un variolique sur onze. Ce chiffre malheureux n'a jamais été atteint dans les diverses épidémies de petite vérole que j'aie vues, depuis 1848, à Liège et à Charleroi.

"Vous admettez avec moi, mon cher Directeur, que toutes ces statistiques vaccinales, « si renversantes, » pèchent par la base, ainsi que je l'ai démontré dans mon livre. On signale comme irréfutables des *arguments* exclusivement fondés sur des chiffres mal agencés, sur des faits imparfaitement interprétés, sur des unités discordantes qu'on entasse pêle-mêle dans un même total. Et quand nous demandons un peu plus

de lumière, un peu d'étude, d'examen, de réflexion et de circonspection d'un côté, moins de crédulité, d'engouement, de routine et d'entraînement de l'autre, on nous répond triomphalement, comme l'a fait récemment à Bruxelles un académicien de pacotille, grand faiseur de petites compilations : « Allons donc, vous êtes des fous ! » Après de semblables répliques de la part de semblables personnages, il n'y aurait plus qu'à se taire et à laisser le public se débrouiller avec le vaccin, les microbes, les épidémies, si on n'avait pas de poils... aux dents.

Je vous serre cordialement la main."

HUBERT BOENS.

Charleroi, 10 mars 1880.

Collutoire de chloroforme.

Le Dr Schaffer, après une longue expérience dans l'extraction des dents, recommande le chloroforme comme collutoire dans toutes les affections des gencives et des dents, en tant que désinfectant, anodin, corroborant, ainsi que pour prévenir l'hémorrhagie après l'extraction. La formule qu'il emploie est celle-ci :

R. Esprit de vin, 100 p.
 Chloroforme, 5 à 10
 Huile de menthe, 5 à 10

Mélez.

"Chemist & Druggist."

NAISSANCE.

En cette ville, le 19 Novembre, la Dame du Dr. F. X. Trudel, un fils.

En cette ville, le 28 Novembre, la Dame du Dr. J. B. Bouchard, un fils.

DÉCÈS

En cette ville, le 14 courant, Samuel B. Schmidt, M.D., âgé de 54 ans.

A Lachine, le 14 courant, M. le Dr. Alfred de-Couagne, âgé de 54 ans et 9 mois.

Kamouraska, le 10 décembre, A. T. Michaud, M.D.

COLLABORATEURS AU VOL. II

DE

L'ABEILLE MÉDICALE

Beaudry, G. O., M. D.
Bergeron, J. E., B. M. V.
Brunelle, J. A. S., M. D.
Coderre J. Eméry, M. D.
Demers Avila, M. D.
D'Orsonnens, Ths E. d'Odet, M. D.
Durocher, L. B., M. D.
Girard, Chs., Etud. en Méd.
Hingston, W. H., M. D.
Leblanc, J. A., M. D.
Legris, M. J. E., M. D.
Mathieu, H. A., Etud. en méd.
Meunier, A. A., M. D.
Munro, P. A. C., M. D.
St. Jacques, Ferdinand, Etud. en méd.
Thériault, J. E., Etud. en méd.
Trudel, F. X., M. D.

TABLE DES MATIERES

DU SECOND VOLUME.

Ablation des tumeurs du ventre considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement par M. le docteur Péan.....	503
Acide boracique, usage thérapeutique.....	135
Acide hydrobromique dans les maladies de l'estomac.....	76
Acide phosphorique.....	472
Acide pyrogallique dans l'épithélioma.....	133
Acide salicylique.....	406
Acide salicylique et le borax dans l'ozène.....	134
Acide salicylique, traitement du ver solitaire.....	227
Action (de l'), des effets et des résultats des vésicatoires, par le Dr Dauvergne.....	265, 353, 396
Action digestive du suc de papaya et de la papaïne sur les tissus sains et pathologiques de l'être vivant.....	368
Adénome à la région cervicale.....	7
Aménorrhée.....	446
Amor sui, læsio sui est.....	333
Amputation de la cuisse.....	5
Analyse de l'urine.....	424, 467
A nos lecteurs.....	4
Anthrax de la lèvre supérieure, traitement.....	389
Assesseurs du Bureau Provincial de médecine.....	142, 192
Asile de la Longue-Pointe.....	433, 477
Association médicale de la Puissance.....	331, 375, 393
Association médicale américaine.....	376
Augmentation du nombre de lunatiques dans la Grande-Bretagne.....	187
Avis important.....	236
Beaudry, G. O., M. D. 1880.....	1
— A nos lecteurs.....	4
— Le médecin et les maladies contagieuses.....	93
— Assesseurs du Bureau Provincial de médecine.....	142, 192
— Tarif médical et le Bureau Provincial de médecine.....	189
— Bureau Provincial de médecine et les Examineurs.....	197
— Ineptie.....	199
— Hopital Notre-Dame.....	232, 379
— Qualifications requises.....	245
— Amor sui læsio sui est.....	333
— Asile de la Longue-Pointe.....	433, 477
— Vaccination.....	434
Bergeron, J. E., B. M. V. Amputation de la cuisse.....	5
— Adénome à la région cervicale.....	7
— Hôtel-Dieu.....	9, 143
Bibliographies : " La santé pour tous, etc.".....	44
— " Montreal general Hospital Reports, etc.".....	137
— " Reynold's system of medicine, etc.".....	186, 235
— " Etude légale " de J. L. Archambault, Ecr., avocat.....	238
— " Le livre des mères ".....	281
— " Transaction of the Medical and Chirurgical Faculty of the State of Maryland ".....	373

Bibliographie " Rapport de l'état sanitaire de la cité de Montréal "	373
Bill médical.....	250
Blennorrhée traitée par l'irrigation de l'urèthre.....	407
Bouchut, E. Action digestive du suc de papaya et de la papaine sur les tissus sains ou pathologiques de l'être vivant.	368
Brissaud et Chs. Richet. De quelques faits relatifs aux contractions.....	183, 223
Brochure reçues.....	376
Bromure d'éthyle, par M. le Dr Hingston.....	296
Brunelle, J. A. S. Examen de conscience.....	237
Budin, M. de l'hymen et de l'orifice vaginal.....	24
Budin P, et A. Ribemont. Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus.....	36
Bureau des gouverneurs.....	290
Bureau de santé.....	390
Bureau Provincial de médecine et les examinateurs.....	197
Cancer, nouveau traitement.....	274
Causes de l'éclampsie, par A. A. Meunier, M. D.....	50, 98
Chorée laryngée.....	74
Claudication, par M. le Dr Jules Simon.....	552
Clinique chirurgicale : " Des hernies," par M. le professeur Munro.....	201, 256, 292, 336
Codéine comme sédatif.....	78
Coderre, J. Emery, M. D. La vaccination.....	106, 148, 203, 259, 562
Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, 285,	377
Collutoire de chloroforme.....	572
Constitution médicale actuelle.....	45
Coqueluche.....	128
Coqueluche, traitement.....	280
Correspondance " Le bill médical,".....	250
Cors, remède.....	330
Crayon d'alun.....	170
Dauvergne, Dr. De l'action, des effets et des résultats des vésicatoires.....	265, 353, 396
Décès.....	140, 236, 428, 476, 572
Décision importante.....	11
Delacroix, H. Observation d'une forme spéciale d'amnésie.....	70
Demers, Avila, M. D. Constitution médicale actuelle.....	45
Des sages-femmes.....	255
Diarrhées opiniâtres.....	428
Diarrhée séreuse des enfants.....	466
Diphthérie, l'huile d'eucalypte dans la.....	87
Discours d'ouverture de la session 1880-81 del'E. M. C. M., F. U. V., par L. B. Durocher, M. D.....	436, 489
Dispensaire de la Providence... ..92, 140, 188, 236, 331, 380, 423,	476
Distribution des diplômes.....	248
D'Orsonnens, Thomas E. d'Odet, M. D. L'Université Laval à Montréal.....	381
Dosage de l'albumine, par le Dr A. Luton.....	85
Durocher, L. B., M. D., Discours, etc.....	436, 489
Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.....	141, 429
Elections.....	92
Elixir de chloroforme composé.....	459

Enlever les poils superflus.....	147
Entorses traitées par l'eau chaude.....	200
Epithélioma traité par l'acide pyrogallique.....	133
Esmarch, F. Sur les opérations sans perte de sang.....	453
Etudes sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques par MM. A. Gosselin et A. Bergeron.....	79, 121, 155
Etude légale concernant les succursales de l'Université Laval à Montréal, par J. L. Archambault, Ecr. avocat.....	233
Euonymine.....	551
Examen de conscience.....	237
Furoncles du conduit auditif externe, traitement abortif.....	392
Gallard, T. Traitement de la métrite chronique, 124, 159, 219, 318, 338, 417, 447,.....	544
Gangrène senile.....	443
Gastrotomie.....	336
Générosité.....	335
Genu valgum.....	451
Gerçures du mamelon.....	372, 446
Girard, Chs, Etud. en méd. De la natation.....	303
Globules rouges du sang, leur origine.....	181
Glycerolé de Bismuth dans les ulcérations du col de l'utérus.....	92
Glycerine dans la flatulence et le pyrosis.....	466
Gonorrhée aiguë, traitement.....	372
Gosselin, M. le professeur. Ulcérations tuberculeuses de l'anus.....	359
Gosselin A. et A. Bergeron. Etudes sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques.....	79, 121, 155
Gui comme succédané de l'ergot.....	344
Hépatite interstitielle, traitement par le professeur Semmola (de Naples).....	277
Hermaphrodisme asymétrique.....	445
Hernies-clinique chirurgicale par le professeur Munro. 201, 256, 292,.....	336
Hingston, W. H., M. D. Bromure d'éthyle.....	296
Honnêteté (l') est la meilleure politique.....	281
Hopital Notre-Dame.....	232, 379
Hôtel-Dieu de St-Joseph.....	9, 143, 310, 501
Huile d'eucalypte dans la diphthérie.....	87
Huile de foie de morue chalybée.....	395
Huile de gurjum dans la lèpre.....	540
Hymen et orifice vaginal, par M. Budin.....	24
Ineptie.....	199
Influence de la pilocarpine et de l'ésérine sur les contractions de l'utérus, par M. Van der Mey.....	280
Insomnie.....	452
Institut médical.....	136
Iodoforme.....	328
Iodoforme à l'extérieur comme antipyrétique.....	49
Irrigation de l'urèthre contre la blennorrhée.....	407
Koussou, nouvelle méthode de l'administrer.....	375
Lacto-peptine.....	284

Lajoux H, et A. Grandval. Recherche de la strichnine dans le cer- veau	179
Leblanc, J. A. M. D. Syndactylie	144
Legris, M. J. E., M. D. La thermaline substituée à la quinine dans les fièvres.....	48
Lèpre, traitée par l'huile de gurjum	540
Leven, M. Néphrite parenchymateuse; urémie; injection de nitrate de pilocarpine; guérison	84
Leucorrhée des enfants, traitement	407
Liniment fébrifuge	367
" Livre des mères," Bibliographie.....	281
Luton, Dr A. Dosage de l'albumine.....	85
Luton, Dr A. Meilleur mode d'emploi de l'ergot de seigle.....	473
1880	1
Mariage	380, 428
Mathieu, H. A, Etud. en Médecine. Gastrotonie.....	336
— Gangrène Senile	443
Mauvais effets du thé et du café chez les enfants.....	459
Médecin (Le) et les maladies contagieuses.....	93
Menstruation chez une enfant de 7 mois.....	414
Méthode de traitement de l'ozène	90
Mérite chronique, traitement par T. Gallard 124, 159, 219, 318, 338, 417, 447.	544
Meunier, A. A., M. D., Des causes d'éclampsie.	50, 98
Mixture pour la gonorrhée aiguë	372
Montreal general Hospital reports, bibliographie.....	127
Munro, P. A. C., M. D. Clinique chirurgicale: des hernies, 201, 256, 292,	336
Naissances	140, 236, 332, 380, 476, 572
Natation (De la) par Chs. Girard, Etud. en méd.....	303
Naylor, W. A. H., F. C. S. Analyse de l'urine.....	424, 477
Nécrologie.....	188
Néphrite parenchymateuse; urémie; injections de nitrate de pilo- carpine; guérison par M. Leven.....	84
Névralgie faciale.....	416
Nomination	380
Note.....	332
Note sur le meilleur mode d'emploi de l'ergot de seigle, par le Dr A. Luton.....	473
Nouveau Dispensaire	331
Nouveau liquide préservatif.....	89
Nouveau traitement du cancer.....	274
Nouvel antiseptique	88
Nouvelle méthode d'administrer le kousso.....	375
Observation de vagin double avec utérus septus, par M. C. Vin- cenzo	541
Observation d'une forme spéciale d'amnésie, par H. Delacroix.....	70
Opérations sans perte de sang.....	453
Ophthalmie sympathique traitée par la section des nerfs ciliaires et du nerf optique substituée à l'énucléation de l'œil.....	40
Origine des globules rouges du sang.....	181
Ovariectomies.....	47, 176, 337

Ozène, méthode de traitement	90
Ozène traité par l'acide salicylique et le borax.....	134
Pain de sang	498
Pain de viande.....	500
Paralysie générale spinale subaiguë antérieure, par le Dr Strauss..	364
Pathologie de la phthisie pulmonaire, par N. B. Sizer, M. D.....	19, 61
Péan, M. le Dr. De l'ablation des tumeurs du ventre, considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement.....	503
Pelletière (la) comme anthelmintique.....	11
Perte du sens d'identité personnelle.....	32, 67
Phthisie laryngée.....	77
Picard, B. Sur la sécrétion biliaire.....	228
Pied bot excisé par l'opération d'un os en forme de coin, sur le dessus du pied.....	415
Poésie.....	255
Poils superflus, moyen de les enlever.....	147
Points de chirurgie des organes génitaux urinaires que tout médecin praticien doit connaître.....	457
Potain, M. De la rachialgie et de l'irritation spinale,	13, 56, 115
Prescription contre l'aménorrhée.....	446
Propylamine dans le rhumatisme aigu.....	31
Prurit de la vulve.....	8
Prurit genito-anal, traitement.....	415
Qualifications requises.....	245
Quelques considérations sur le traitement des affections utérines..	370
Quelques faits relatifs aux contractures, notes de MM. Brissaud et Chs. Richet.....	183, 223
Quinine, sa suavité.....	182
Rachialgie et de l'irritation spinale, par M. Potain.....	13, 56, 115
Rapports des maladies de l'œil avec les maladies en général,	129, 171, 209, 312, 345, 408, 460, 528
Rapport de l'état sanitaire de la Cité de Montréal, pour l'année 1879	373
Réaction du lait.....	69
Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus, par MM. P. Budin et A. Ribemont.....	36
Recherche de la strichnine dans le cerveau, par MM. H. Lajoux et A. Grandval.....	179
Recherches histologiques sur la structure des membranes synoviales.....	272
Remèdes pour les cors.....	330
Remède contre la phthisie.....	43
Réséction de l'omoplate.....	388
Reynold's system of medicine, bibliographie.....	186, 235
Rhumatisme aigu. Thérapeutique.....	405
Rhumatisme aigu traité par la propylamine.....	31
Sages-femmes.....	255
" Santé pour tous " (La), bibliographie.....	44
Sécrétion biliaire, par M. P. Picard.....	228
Semmola, M. le professeur. Du traitement de l'hépatite interstitielle.....	277
Simon, Dr Jules. Claudication.....	552

Sizer, N. B., M. D. Pathologie de la phthisie pulmonaire.....	19,	61
Société médico-chirurgicale.....		527
Spermatorrhée, traitement.....		416
Spitzka, Ed. La strichuine et le cerveau.....		177
St Jacques, Ferdinand. Hôtel-Dieu.....	310,	501
— Résection de l'omoplate.....		388
St-Luc (la).....		485
Strauss, M. le Dr. Paralyse générale spinale subaiguë antérieure..		364
Strichuine et le cerveau, par Ed. Spitzka.....		177
Suavité de la quinine.....		182
Substituts à l'huile de foie de morue.....		379
Sur le danger des amputations immédiates et des amputations secondaires.....		559
Syndactylie, par J. A. Leblanc, M. D.....		144
Syphilis.....		404
Tarif médical et le Bureau provincial de médecine.....		189
Terebenthine de Chio.....		323
Thérapeutique du rhumatisme aigu.....		405
Thermaline, (de la) substituée à la quinine, par M. J. E. Legris, M. D.		48
Traitement abortif des furoncles du conduit auditif externe.....		392
Traitement de l'anthrax de la lèvre supérieure.....		389
Traitement de la coqueluche.....		280
Traitement des entorses par l'eau chaude.....		200
Traitement de l'hépatite interstitielle, par le professeur Semmola...		277
Traitement de la leucorrhée, des enfants.....		407
Traitement de la métrite chronique, par T. Gallard, 124, 159, 219, 318, 338, 417,		544
Traitement de l'ophtalmie sympathique par la section des nerfs ciliaires et du nerf optique substituée à l'énucléation de l'œil.		40
Traitement du prurit génito-anal.....		415
Traitement de la spermatorrhée.....		416
Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus,.....		279
Traitement des ulcères.....		91
Traitement du vaginisme.....		446
Traitement du ver solitaire par l'acide salicylique.....		227
Traitement non mercúriel de la syphilis.....		42
Trudel, P. X., M. D. Pain de sang.....		499
Ulcérations du col de l'utérus, glycerolé de bismuth.....		92
Ulcération tuberculeuse de l'anus, par M. le prof. Gosselin.....		359
Ulcères, traitement.....		91
Université de Bishop's College.....		330
Université Laval à Montréal.....	381,	430
Urémie.....		231
Usage thérapeutique de l'acide boracique.....		135
Vaccination.....		434
Vaccination par J. Emery Coderre, M. D....., 106, 148, 203, 259,		562
Vaginisme, traitement.....		446
Van der Mey, influence de la pilocarpine et de l'ésérine sur les contractions de l'utérus.....		280
Variole et vaccination.....		133
Ver solitaire, traitement par l'acide salicylique.....		227
Vincenzo, C. Observation de vagin double avec utérus septus..		541