

LA CLINIQUE

LA CLINIQUE est publiée le 1^{er} de chaque mois.

L'abonnement est d'un dollar par année, **payable d'avance**. Les abonnements partent du 1^{er} Août de chaque année.

Toute correspondance ayant rapport à la rédaction doit être adressée au rédacteur en chef, boîte de Poste 2175 et à l'administration, à Victor Rougier, 55, rue St-Sulpice ou Boîte de Poste 2175.

Les articles devront être envoyés avant le 15 du mois.

Sur demande à l'administration, il sera envoyé 25 copies de chaque travail original.

Il est bien entendu que tout travail devant être publié sous le titre de travail original ne devra être écrit que pour LA CLINIQUE.

Les manuscrits refusés ne sont pas rendus.

SOMMAIRE DU MOIS D'AVRIL

COMPRESSION DIGITALE DE LA PROSTATE	
<i>Dr A. Guépin</i>	405
TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN PAR L'OPÉRATION DE LEFORT	
<i>Dr J. A. Ouimet</i>	411
LES MALADIES NERVEUSES	423
THERAPEUTIQUE. — Hémoptysie, Angine de poitrine	
<i>Dr G. Lemoine</i>	426
ELIMINATION DES TOXINES, ETC.	433
CLINIQUE CHIRURGICALE.— Des dangers du Taxis	
<i>Dr H. Bousquet</i>	336
REVUE MÉDICALE DES SOCIÉTÉS SAVANTES	442
LE CŒUR DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE	446
NOTES DIVERSES	450

SANMETTO

Pour les maladies des
Organes Génitaux-Urinaires

Le Santal Blanc et le Saw Palmetto scientifiquement déguisés dans un
Véhicule Aromatique agréable

Le Tonique Vivifiant du Système Reproducteur

SPÉCIALEMENT UTILES DANS LES

Affections Prostatiques des Vieillards — L'Impuissance Scénile — La
Miction Difficile — L'Inflammation de l'Uréthre — Les Dou-
leurs Ovariennes — L'Irritation de la Vessie

D'UN MÉRITE ABSOLU COMME RECONSTITUANT

Dose : Une cuillerée à café
quatre fois par jour.

OD CHEM. CO., NEW-YORK

En vente chez tous les Droguistes en Gros du Canada.

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. IV

AVRIL 1898

N° 9

TRAVAUX ORIGINAUX

Compression digitale de la prostate

PAR

Le Docteur A. GUÉPIN, (Paris)

I

Pour désigner "l'évacuation provoquée par la pression " du doigt des sécrétions qui stagnent dans les culs-de-sac " pathologiquement dilatés de la prostate et des vésicules " séminales," j'ai proposé il y a quelques années, ⁽¹⁾ les mots *compression digitale* ; et, dans de nombreuses circonstances, en particulier dans une communication récente à l'Académie de Médecine ⁽²⁾, j'ai passé en revue les indications, la technique et les résultats de cette méthode qui, pour n'être point tout à fait nouvelle, reste cependant presque complètement ignorée.

Il importe avant tout de distinguer cette petite intervention de ce que l'on a appelé le massage de la prostate, comme de l'expression prostatique. Le massage de la glande, que l'on étend parfois jusqu'aux vésicules sémi-

(1) *Reliquet et Guépin*.—Les Glandes de l'Urètre, Paris 1896.

(2) *A. Guépin*.—De la compression digitale de la prostate, Académie de Médecine, 24 août 1897.

nales, est fait sans indications précises, sans que rien ne règle sa durée, la force qu'il doit nécessiter, la fréquence des séances, les points exacts sur lesquels il doit porter à l'exclusion des autres ; enfin et surtout, son but est différent, son mécanisme vaguement interprété. Ici au contraire, tout est méthodiquement établi, ainsi que d'ailleurs il est facile de s'en rendre compte en étudiant la compression digitale dans ses multiples détails ; quelques formules très simples les résument en totalité.

L'expression prostatique — et j'ai montré (1) les précieuses ressources qu'elle fournit pour le diagnostic des lésions de la prostate et des vésicules et de la nature même comme du siège de ces lésions, — se propose aussi un objet bien différent ; car, la compression digitale a pour but et aussi pour effet de combattre la stagnation glandulaire, partant de favoriser le dégonflement prostatique (on dit parfois l'atrophie) et de s'opposer ainsi, autant que faire se peut, aux troubles urinaires qui dépendent de la prostatomégalie.

C'est donc une opération spéciale, imaginée et mise en pratique depuis environ quinze ans, par notre regretté maître Reliquet, et qui a donné entre ses mains d'abord, entre les miennes ensuite, tous les résultats qu'elle avait promis.

II

Les indications sont précises. D'une façon générale, chaque fois que des sécrétions, infectées ou non, stagnent dans les culs-de-sac de la prostate, chaque fois que leur évacuation spontanée (par le coït physiologique), est impossible ou incomplète, il y a lieu de pratiquer la compression digitale de la prostate. Ce qui revient à dire que dans toutes les prostatites aiguës, subaiguës ou chroniques, partielles ou généralisées, à une période déterminée de

(1) *Reliquet et Guépin.* — Les Glandes de l'Urètre.

(2) *A. Guépin.* — Diagnostic précoce de la prostatite tuberculeuse, *Journal des Praticiens*, 8 mai 1896.

leur évolution, la compression digitale est un adjuvant heureux du traitement usuel; elle hâte la fin des accidents et assure la guérison définitive si exceptionnelle, on le sait, lorsque les malades sont abandonnés à eux-mêmes.

Mais elle est presque indispensable au vieillard dont la prostate dilatée est envahie peu à peu par la sclérose péri-glandulaire ⁽¹⁾ et où les muscles expulseurs des sécrétions prostatiques perdent insensiblement leurs fonctions. Associée à un ensemble de soins minutieux, (régime, cathéterisme, sonde à demeure) elle aide puissamment à la régression de la prostatomégalie, c'est-à-dire à la guérison ⁽²⁾; elle reste toujours un palliatif excellent des troubles urinaires de certains prostatiques, ainsi qu'il en a été rapporté des exemples ⁽³⁾.

III

La technique en est simple et bien réglée. Suivant le cas, on fait uriner le malade ou on vide sa vessie par la sonde, en remplaçant une partie du liquide (un tiers à un quart), par de l'eau boriquée tiède; s'il a la sonde à demeure, on peut, soit retirer celle-ci pour un instant et en profiter pour la vérifier; soit, pratiquer la compression sur la sonde et la déplacer ensuite, en lavant l'urètre au fur et à mesure qu'on l'amène vers le méat. Le malade prend la position dite "à quatre patte" sur son lit ou se lève et s'incline en avant, en appuyant les bras sur un siège dur, le bassin élevé, la tête basse; ⁽⁴⁾ en un mot, on prend toutes les précautions nécessaires pour le toucher rectal méthodique de la prostate et des vésicules séminales ⁽⁵⁾.

Alors, comme il a été dit, le doigt explore l'organe

(1) *A. Guépin.* — Étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate, *Médecine Moderne*, 16 octobre 1897.

(2) *A. Guépin.* — Formes curables de l'hypertrophie sénile de la prostate, *Académie de Médecine*, 13 avril 1897. Curabilité de l'hypertrophie sénile de la prostate, *La Clinique* (de Montréal), octobre 1897.

(3) *A. Guépin.* — Les Glandes de l'Urètre.

(4) Les Glandes de l'Urètre.

(5) *A. Guépin.* — Comment il faut explorer la prostate, *Journal des Praticiens*, 1^{er} février 1896.

avec prudence et reconnaît la saillie des glandes dilatées, donnant la sensation de petits kystes proéminents vers le rectum ou de noyaux durs sous la muqueuse intestinale. Pour être autorisé à comprimer un de ces points avec la pulpe digitale, il faut que celui-ci présente une certaine mollesse, qu'il cède à la moindre pression comme une poche qui se vide. Peu à peu, là où l'on appréciait une saillie, on trouve désormais une dépression, limitée par des bords réguliers et plus fermes, comparable à celle que l'on déterminerait en appuyant avec l'extrémité du doigt sur un morceau de cire molle.

Au contraire, la moindre résistance, la moindre douleur éprouvée par le malade, doit faire suspendre la compression ; car, pratiquée sans toute la douceur indispensable ou sans indications suffisantes, elle provoquerait et elle a provoqué une poussée aigue de congestion prostatique et une exacerbation des souffrances.

Après quelques jours de traitement dans les prostatites aiguës, (en particulier dans le furoncle de la prostate), lorsque les phénomènes douloureux commencent à s'amender, il convient de songer à faire la compression digitale ; l'état local reconnu par le toucher, renseignera sur son opportunité. Et, de même dans les prostatites chroniques, comme dans l'hypertrophie sénile (prostatite sénile de Reliquet), ce n'est point au début, mais après une période de durée variable, alors que les autres procédés thérapeutiques, lavements, suppositoires, cathéterisme, etc., auront été utilisés, que l'on évacuera ainsi artificiellement les glandes.

Une seule séance de compression ne permet ordinairement point de vider toutes les dilatations glandulaires ; ensuite, quelques-unes de ses dilatations se reproduisent, — c'est la règle — moins volumineuses il est vrai. Il faut donc à certains intervalles et pendant un certain temps, (intervalles et temps que l'observation du malade sert à préciser) renouveler la compression. Je la fais

ordinairement précéder du passage d'une bougie molle, en gomme, de calibre moyen (Nos 16 à 18).

Pendant que la pulpe de l'index déprime les saillies glandulaires, le malade sent passer un liquide dans l'urètre, et par une sorte de petite éjaculation, se présentent souvent au méat de grosses gouttes de sécrétions prostatiques et vésiculaires, purulentes, fétides, colorées par du sang, parfois au contraire, d'aspect presque normal. Le microscope en fait au besoin, reconnaître aussitôt l'origine et la constatation de leurs caractères macroscopiques et microscopiques, vient aider au diagnostic comme au pronostic du cas donné. Quelquefois, on doit attendre un instant pour voir s'écouler au dehors ces sécrétions stagnantes; ou même, elle refluent en partie dans la vessie et l'urine immédiatement après, sort trouble et chargée de mucosités.

Toutes les complications à redouter dans la compression digitale viendraient d'une faute opératoire (intervention prématurée, violences exercées sur la prostate, prolongation excessive des manœuvres), même celles qui résultent de la pénétration de l'urine dans les glandes, dont la cavité reste béante et le canal excréteur dilaté après l'expulsion de leur contenu. Ce qui revient à dire que chez le vieillard prostatique, à partir de la seconde étape anatomo-pathologique des accidents, on comprimera la prostate sur la sonde à demeure ou en assurant la miction par un cathétérisme régulier.

Après la compression survient un calme relatif: les besoins d'uriner s'espacent; les érections pathologiques sont moins fréquentes, la vessie se vide mieux; partant, les urines sont plus claires et la congestion locale atténuée. En somme, il y a une amélioration indiscutable et qui peut être définitive.

Il faut le plus souvent, revenir à la compression digitale de la prostate, jusqu'au moment où l'organe diminué de volume, a acquis une consistance uniforme et souple et où cette compression ne provoque plus la sortie d'aucun liquide.

IV

En résumé, pratiquée avec méthode, au moment précis où elle est indiquée, la compression digitale de la prostate vient s'associer aux autres moyens que nous avons décrits bien des fois, pour obtenir et hâter le dégonflement prostatique et faire cesser les troubles urinaires, comme les accidents infectieux qui en dépendent. Dans le travail fait en commun avec le Dr Reliquet sur "Les glandes de l'urètre" et dans une série de communications à l'Académie, (1) enfin dans un récent article de LA CLINIQUE (2), son utilité contre les formes curables de l'hypertrophie prostatique sénile a été mise en lumière; car lorsque les glandes ne sont point trop sclérosées, il est possible d'obtenir la guérison; cela sans avoir recours aux opérations préconisées dans ces dernières années, (cystotomie sus-pubienne, castration, vasectomie, cautérisation par la voie rectale, etc.) dont l'efficacité semble devenir de moins en moins évidente au fur et à mesure qu'on étudie les cas de plus près, opérations qui doivent être réservées pour des circonstances exceptionnelles et lorsque tous les autres procédés moins héroïques ont échoué.

De plus, il n'est pas une prostatite qui ne puisse profiter de la compression digitale. Elle abrège la durée du traitement, assure la guérison, en particulier de la prostatite subaigue qui passe si souvent à l'état chronique; elle est toujours, tant pour la prostate que pour les vésicules séminales, un des moyens les plus actifs dont nous disposons pour aider le retour des glandes dilatées et malades, à leur état normal.

Paris, mars, 1898

18, rue Roquepine.

(1) A. Guépin.—Des moyens de faire tolérer la sonde à demeure chez les prostatiques, Académie de Médecine, 14 avril 1896. Douleurs vésicales des prostatiques, Académie de Médecine, 26 mai 1896. De deux modes d'action de la sonde à demeure sur la prostate sénile, Académie de Médecine, 27 octobre 1896. Etc., etc.

(2) A. Guépin.—Curabilité de l'hypertrophie sénile de la prostate, Clinique (de Montréal) octobre 1897.

Du Traitement du Prolapsus Utérin par l'Opération de Le Fort

PAR

Le Docteur J. A. OUIMET

Actuellement, le traitement du prolapsus de l'utérus n'est pas encore bien établi.

Les appareils de contention ne réussissent pas toujours et encore il ne s'agit là que de simples moyens palliatifs ayant pour but non pas de remédier au mal, mais bien de le rendre supportable.

Aussi les chirurgiens ont-ils bien compris que pour guérir du prolapsus, il n'y a que l'intervention chirurgicale.

Nous n'avons pas la prétention de faire dans ce travail une comparaison approfondie des différents procédés entre eux. Le temps nous manque pour entreprendre une si grande tâche. Ce que nous voulons dans ce travail, c'est étudier le procédé que Le Fort a créé et vulgarisé depuis fort longtemps.

Les causes efficientes de même que les causes occasionnelles du prolapsus de l'utérus sont à l'heure qu'il est très bien connues. Toutes ces causes se réduisent à une seule, à savoir, l'augmentation de la pression abdominale.

Or, cette augmentation physiologique ou morbide est presque toujours persistante.

La chute de l'utérus, facilitée dans ces cas par le relâchement de tout l'appareil ligamenteux de l'organe de la gestation ne saurait trouver une guérison, fut-elle même transitoire, dans l'application d'un appareil quelconque de sustentation.

C'est ainsi que les pessaires, de quelque forme qu'ils soient, agissent comme de véritables corps étrangers donnant des vaginites, des métrites cervicales et des compres-

sions des organes sur lesquels ils prennent leur point d'appui.

Il y aurait cependant une exception à faire pour la pelote périnéale, mais cet instrument ne s'applique qu'au prolapsus de moyenne intensité, de sorte qu'à ce point de vue, il présente à peu près les mêmes désavantages que les pessaires proprement dits.

Ce qu'il faut combattre ce n'est pas le symptôme gênant d'un utérus pendant entre les lèvres de la vulve, mais bien la cause qui fait que cet utérus a perdu droit de domicile dans la cavité pelvienne, et c'est pour préciser cette cause que nous étudions l'étiologie générale des prolapsus.

Le relâchement des ligaments est une cause reconnue par tous les auteurs classiques, l'augmentation de la pression abdominale est encore contestée, c'est cependant là une des causes les plus habituelles de la chute de la matrice.

Cette augmentation peut tenir, soit à un état morbide antérieur ou actuel, soit à une exagération des phénomènes physiologiques. C'est ainsi que dans toutes les observations où les antécédents morbides de la malade ont été notés, on trouve tantôt une ascite d'origine cardiaque ou hépatique, guérie ou non, tantôt un kyste de l'ovaire ou une autre tumeur utéro-ovarienne, enfin dans quelques observations, le prolapsus a toujours été précédé d'une cystocèle vaginale ou, assez rarement cependant, d'une rectocèle, comme le fait remarquer avec raison M. Bouilly.

Ici l'augmentation de la pression abdominale est palpable ; l'ascite comprime les viscères abdominaux et par cela même exerce une certaine pression sur l'utérus dont la chute est déjà sollicitée par le relâchement des ligaments et des ligaments utéro-sacrés surtout.

Pour les autres tumeurs abdominales ou pulviennes, cette cause est tellement évidente qu'il est absolument inutile d'insister.

La cystocèle entraîne l'utérus par le relâchement absolu de la paroi antérieure du vagin.

La rectocèle, conséquence plutôt que cause de la chute de la matrice, détermine le prolapsus par le même mécanisme.

La déchirure périnéale agit de deux manières, activement ou passivement.

Cela se comprend aisément lorsqu'on songe que le périnée de la femme est un appareil musculo-membraneux, extrêmement puissant, qui oppose une barrière à peu près infranchissable, à l'état normal, à l'utérus poussé par la pression abdominale.

Le périnée vient-il à être déchiré ou relâché, la barrière est pour ainsi dire supprimée, et l'utérus file à travers les deux parois du vagin.

Les déchirures du périnée peuvent se cicatriser, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention opératoire, des brides peuvent s'établir qui tiraillent la paroi postérieure du vagin et déterminent ainsi à l'aide de la pression abdominale le prolapsus de l'utérus, accompagné presque toujours dans ce cas d'une rectocèle plus ou moins accusée.

Même en dehors de toutes ces causes morbides, la pression abdominale physiologique suffit à elle seule à provoquer des prolapsus de l'utérus. M. Bouilly insiste à juste raison, sur cet ordre de causes. Il y a des cas où on ne trouve que l'effort de même nature et de même intensité que celui qui entraîne la hernie inguinale. Chez une femme qui avait accouché plusieurs fois, dont les ligaments étaient par conséquent fortement relâchés, M. Bouilly a trouvé simultanément deux hernies inguinales, une hernie ombilicale et un prolapsus de l'utérus,

L'effort admis et démontré comme cause de prolapsus peut être brusque, aigu, c'est la commotion. C'est ainsi qu'on trouve dans quelques observations comme cause efficiente de l'affection, le cahotement des voitures mal sus-

pendues, le saut d'une hauteur quelconque. Cet effort brusque détermine un prolapsus aigu ou bien lorsqu'il n'est pas trop exagéré un prolapsus subaigu en deux ou trois temps.

Mais dans cet ordre d'idées, la cause la plus constante et la plus dangereuse que nous trouvons dans les observations, c'est l'action lente mais persistante d'un effort longtemps continué.

Ainsi il est remarquable de voir que le prolapsus exerce une véritable sélection parmi les femmes qu'il a l'habitude d'atteindre. Ce sont les blanchisseuses, ce sont les marchandes ambulantes, ce sont les cuisinières.

Dans ces professions, l'effort est persistant, les femmes se tiennent toujours debout, soulèvent des fardeaux plus ou moins lourds et cela pendant un temps fort long. C'est dans cette catégorie de femmes, que le prolapsus s'établit peu à peu, graduellement et n'atteint son plus haut degré que longtemps après le début.

La grossesse et l'accouchement, l'état puerpéral en un mot, constituent encore une des causes les plus fréquentes du prolapsus.

La grossesse peut être assimilée à un état morbide de l'utérus qui augmente de volume et de pesanteur. L'accouchement provoque la chute de l'utérus, soit par relâchement ou déchirure périméale, soit par arrêt ou retard de l'involution du vagin et de l'utérus.

Dans ces deux derniers cas, l'axe de l'utérus tend à se confondre avec celui du vagin, l'organe utérin glisse entre les parois vaginales et les entraîne avec lui.

D'autre part, la force nécessaire pour abaisser l'utérus à la vulve, et les expériences cadavériques l'ont démontré, est de quinze à vingt-cinq kilogrammes. L'effort moyen réalise souvent cette poussée, et pour peu que les moyens de suspension de l'utérus soient détruits ou affaiblis, l'utérus s'abaisse, et poussé par la pression abdominale, il ne tarde pas à faire son apparition à l'orifice vulvaire. En ré-

sumé, dans la production des prolapsus utérins deux facteurs principaux sont à considérer, d'une part l'augmentation de la pression abdominale, d'autre part la destruction ou l'affaiblissement de l'appareil ligamenteux de l'utérus et notamment des ligaments utéro-sacrés. Or, à ces lésions fondamentales il faut opposer un traitement énergique. Les moyens palliatifs toujours insuffisants, ont été dans un bon nombre de cas absolument désastreux.

Ils ne faisaient qu'irriter l'utérus, ulcérer le vagin, et créer deux affections, là où il n'y en avait qu'une seule ; et c'est précisément pour obvier à ces graves inconvénients que les chirurgiens de tout temps ont songé à une intervention plus radicale, à l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS UTÉRIN

Le traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus a été pratiqué pour la première fois, par Romain Gérardin, de Metz, en 1823. Il provoquait l'oblitération de l'orifice du vagin en avivent sur une certaine étendue dans la portion inférieure du canal vaginal les deux parois du vagin, et en suturant l'une avec l'autre les deux surfaces saignantes.

Sims pratique deux incisions sur la paroi antérieure du vagin qu'il réunit à leur partie inférieure. Ainsi réunies ces incisions forment un V dont la pointe est placée près du méat et dont les branches embrassent dans leur ouverture le col de l'utérus. Il ferme ensuite ces branches par un avivement transversal. Cet avivement transversal résulte d'une modification que Emmet a apporté au procédé de Sims. L'avivement ainsi pratiqué rappelle de très près une truëlle de maçon. Les avivements latéraux sont suturés l'un à l'autre et l'avivement transversal est suturé par moitié, la moitié droite unie à la moitié gauche. Le résultat de cette opération est représenté par une cloison prismatique et triangulaire dont l'une des faces répond à la paroi vaginale antérieure, et dont l'arête opposée fait une saillie plus ou moins accentuée, suivant l'écartement des incisions en V, dans la cavité vaginale.

Le résultat de cette opération est que l'utérus est maintenu, la paroi antérieure du vagin se trouve renforcée par cette sorte de pilier ; les fonctions génitales sont cependant difficiles à remplir, ce qui est par trop décourageant, et cette raison suffit à nous faire rejeter cette dernière opération.

Pour nous, nous préférons le procédé de M. Bouilly qui est une modification du procédé de Hegar et qui consiste à faire la colpo-périnéorrhaphie ; M. Bouilly pratique un avivement, avec des ciseaux un peu recourbés, d'un triangle présentant six ou sept centimètres de large, et même plus, au niveau de sa base qui est la fourchette et une hauteur de sept, huit centimètres dans le vagin ; puis il réunit par la suture les bords de cet avivement, cette opération donne de bons résultats, l'hémorrhagie n'est pas à craindre, et elle permet aux fonctions génitales de pouvoir se faire facilement, à la plus grande joie de la malade et avec sa plus vive reconnaissance.

OPÉRATION DE LE FORT

C'est le 17 février 1877, que le Fort fit connaître à la société de chirurgie son opération. Il ne tarda pas à trouver des imitateurs, et le 19 février 1879, M. Panas présente à la société de chirurgie une malade sur laquelle il avait pratiqué avec succès le cloisonnement du vagin, pour remédier à un prolapsus complet de l'utérus.

Le 3 décembre 1879, Zancarol, d'Alexandrie, présenta à la société de chirurgie les pièces d'une femme opérée avec succès par la méthode de Le Fort trois ans auparavant. Le prolapsus ne s'était pas reproduit. la femme avait succombé à la tuberculose pulmonaire.

En janvier 1880, Hicquet de Liège communiqua trois autres observations de cloisonnement du vagin, suivies de succès, et dans la discussion qui s'ensuivit, M. Duplay, fit connaître deux autres cas opérés par lui suivant la méthode de Le Fort, avec un égal succès.

Le premier travail d'ensemble est certainement le mémoire que Eustache lut le 1^{er} juin 1881 à la société de chirurgie. Cet auteur eut l'occasion de pratiquer cinq fois l'opération de Le Fort ; trois fois avec le succès le plus complet, et deux fois avec insuccès imputable, suivant l'auteur, pour la plus grande part à l'indocilité des malades. Suivant Le Fort, le prolapsus n'est pas toujours le premier phénomène. C'est parce qu'il ne trouve pas de barrière suffisante dans la résistance des parois vaginales, c'est parce qu'il est entraîné par le relâchement de ces parois que l'utérus descend. L'intervention opératoire ne doit donc pas porter sur l'utérus seul qui n'est en somme que la victime d'une affection mécanique antérieure de l'appareil vulvo-vaginal. Voici comment Le Fort procède : l'utérus étant tout à fait hors de la vulve, il fait d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, deux avivements de six centimètres de longueur environ sur deux de largeur portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve. Cela fait, il réduit l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus, et il applique sur ce bord transversal trois points de suture ; puis, de proche en proche, réduisant au fur et à mesure l'utérus, il suture les bords latéraux correspondants passant le fil de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale, à la plaie vagino-rectale. La réduction de l'utérus devient ainsi de plus en plus complète, et quand les deux bords des deux surfaces avivées sont suturées, la réduction est complète.

On comprend toutefois que dans ce procédé comme dans celui de Sims, de M. Lanus, les fils ayant servi à la suture sont difficilement accessibles, lorsqu'après quelques jours, la réunion s'est effectuée. Prévoyant cela, Le Fort laisse aux fils une assez grande longueur dans leur partie tordu, afin de les saisir facilement lorsqu'ils sont devenus libre par la section des parties embrassées par leur anse.

M. Duplay a modifié l'opération de Le Fort en faisant une colpo-périnéorrhaphie postérieure.

Or, l'opération de Le Fort ayant surtout pour but de permettre le coit, la conception et voire même l'accouchement ne saurait plus être comparée, en tant que résultats éloignés, à l'opération modifiée par M. le professeur Duplay, surtout au point de vue philanthropique, puisque cette modification de M. Duplay condamne les femmes à une continence forcée par impossibilité du coit. Nous serions d'avis d'admettre cette opération modifiée tout au plus quand il s'agit de femmes ayant franchi l'âge de la vie génitale ; et encore ! avons-nous le droit d'insulter ainsi l'âge mûr ?

Au point de vue des sutures, M. le professeur Duplay a introduit une modification très légitime, il divise les sutures, en sutures accessibles ou difficilement accessibles ; celles-ci représentées par les sutures les plus profondes, sont faites au catgut, les autres représentées par les sutures les plus superficielles, par conséquent les plus rapprochées de la vulve, donc faciles à enlever, sont faites avec des fils d'argent. On abandonne les premières à elles-mêmes et on enlève que les secondes. En résumé, l'opération Le Fort peut être présentée de la manière suivante :

Etant donné un prolapsus complet et réductible de l'utérus, accompagné ou non de cystocèle ou de rectocèle vaginales, on procède :

1° Avivement extrêmement superficiel de la paroi antérieure et postérieure du vagin.

2° Cet avivement commencera le plus près de la vulve possible et sera exactement placé sur la ligne médiane.

3° Il aura une largeur de deux centimètres, maximum sur six centimètres de longueur environ.

4° Les sutures des deux avivements seront faites au fil d'argent, procédé de Le Fort pur, au catgut pour les profondes, au fil d'argent pour les superficielles, modification de M. le professeur Duplay.

5° Lorsque le périnée est relâché et surtout si la pauvre femme a franchi l'âge génital, qui n'est pas toujours donné par la cessation des menstrues, l'opération sera complétée par la périnéographie, modification indiquée par Le Fort et appliquée par M. le professeur Duplay dans tous les cas.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Pour que l'opération de Le Fort puisse être pratiquée, deux conditions sont nécessaires ; il faut que l'utérus soit en prolapsus complet et que ce prolapsus soit facilement réductible.

Ces deux conditions s'expliquent d'autant plus facilement que l'opération du cloisonnement du vagin se fait à ciel ouvert, et qu'au fur et à mesure que les temps opératoires se succèdent, l'utérus rentre de lui-même dans la cavité pelvienne pour y être très longtemps maintenu.

Dans les cas de prolapsus incomplets, alors qu'une plus ou moins grande partie du col s'engage entre les lèvres de la vulve, l'opération ne peut plus être faite à ciel ouvert.

Même lorsque le diagnostic est certain, même lorsque on est fermement convaincu qu'on se trouve pas en présence d'une hypertrophie cervical de l'utérus, l'opération n'est pas encore possible. Dans ces cas, pour être faite, l'opération exige un manuel opératoire compliqué, dont le moindre inconvénient est représenté par les tractions fortes et continues qu'on doit exercer sur le col prolapsé pour le mettre à jour.

D'autre part, lorsque l'utérus en prolapsus complet n'est pas réductible, l'opération devient pour ainsi dire impossible, puisque pour être réalisée, elle demande la rentrée spontanée et graduelle de l'organe prolapsé.

Donc au point de vue de l'organe, il n'y a pas d'hésitation possible, toutes les fois que l'utérus sera en prolapsus complet et toutes les fois que ce prolapsus sera réductible, l'opération Le Fort doit être tentée.

Le prolapsus de l'utérus tout en ayant une certaine

prédilection pour l'âge avancé de la vie, n'épargne nullement les femmes d'un âge peu avancé. Ainsi, nous trouvons des femmes âgées de 19, 20 et 30 ans, par conséquent en pleine vie génitale. Ces femmes coïtent, naturellement, et la première question qu'elles posent à l'opérateur, ces chères enfants ! est de savoir si les rapports sexuels s'accompliront dans la suite.

Faut-il pratiquer l'opération de Le Fort, sur des femmes susceptibles de coïter et susceptibles de devenir mères ?

Lorsqu'en 1876, Le Fort imagina l'opération qui porte son nom, il n'y fut pas conduit par une simple vue ingénieuse, le point de départ de ce procédé a été tout à fait scientifique.

En 1863, Le Fort passe sa thèse d'agrégation en chirurgie. Cette thèse portait sur les malformations de l'utérus et du vagin, et dans les nombreuses recherches auxquelles il se livra, il trouva que jamais le vagin double n'a empêché le coït, et chez les femmes susceptibles de concevoir, cette malformation n'a jamais empêché l'accouchement.

Donc, l'idée directrice de Le Fort lorsqu'il créa son opération était non pas de remédier à une infirmité contre laquelle un grand nombre de procédés avaient déjà réussi, mais bien de combattre l'infirmité, de la supprimer tout en maintenant intactes les fonctions génitales de la femme, et avec son esprit ingénieux Le Fort vit immédiatement le grand parti qu'il pouvait tirer du cloisonnement congénital du vagin. Il se proposa donc de créer de toutes pièces cette malformation dans le but de guérir le prolapsus complet, et de permettre à la femme de remplir son rôle. Déjà cette première donnée nous permet de conclure que cette opération est indiquée chez les femmes jeunes, comme n'empêchant pas le coït, la conception et l'accouchement.

Si dans la plupart des cas, le cloisonnement congénital du vagin n'apporte pas d'obstacle à l'accouchement normal,

il en est de même dans le cloisonnement artificiel du même organe.

Cette assertion trouve une preuve suffisante dans une observation citée par Le Fort. Il s'agit là d'une femme qui, seize mois après son opération, accouche d'un enfant à terme. Il est vrai que le travail a été relativement long, ayant duré deux jours et demi, et qu'on a dû sectionner la cloison artificielle mais il n'en est pas moins vrai que l'enfant est venu vivant et viable, et que par la suite, cinq ans après l'opération le prolapsus ne s'est pas reproduit et que la femme est de nouveau enceinte de trois mois.

Il en résulte de tout ce que nous venons de dire que l'opération n'empêche ni le coït, ni la conception, et jusqu'à un certain point l'accouchement.

Les maladies aiguës, de même que les maladies chroniques cachectisantes, telles que la tuberculose, le cancer, par exemple, contre-indiquent l'opération. Donc les contre-indications sont les maladies aiguës ou chroniques, la vieillesse, la gestation. Et il est entendu que l'opération Le Fort est indiquée toutes les fois que l'utérus est en prolapsus complet et facilement réductible.

CONCLUSION

1° Dans le prolapsus complet de l'utérus, parfaitement réductible, l'opération Le Fort constitue l'opération de choix.

2° L'opération de Le Fort sera employée de préférence à toute autre méthode, parce que son manuel opératoire est simple, parce qu'elle est d'une innocuité absolue et parce qu'elle est très efficace. Elle a en outre l'avantage d'être faite à ciel ouvert.

3° Les résultats immédiats de l'opération sont presque toujours excellents. Les résultats éloignés montrent que le prolapsus ne récidive pas même après un temps fort prolongé, cinq ans et deux mois dans un cas.

4° Ce qui n'est pas le moins important c'est que les

rapports sexuels, la conception, voire même l'accouchement ne sont nullement entravés par le procédé du cloisonnement du vagin.

5° Le procédé de Sims qui par son but et ses résultats est le seul comparable au procédé de Le Fort, est difficile, pénible et ses résultats éloignés peu nombreux, il est vrai, sont loin d'être aussi favorables que ceux obtenus par le procédé de Le Fort. Il n'y a qu'un seul cas, celui de M. Panas, où le succès s'est maintenu cinq ans après l'opération, avec possibilité de coït et d'accouchement.

Chicago, mars 1898.

A propos du Traitement de la Bronchopneumonie chez les Enfants

Dans le traitement de la bronchopneumonie infantile il faut surtout comme le fait ressortir un médecin américain, M. le docteur Douglas H. Stewart (de New-York), éviter l'usage des expectorants tant que dure la période fébrile, pendant laquelle ces médicaments ne font qu'augmenter la congestion bronchopulmonaire et contribuent, en outre, à affaiblir l'enfant. Il n'en est pas de même des vomitifs employés au début de l'affection. Aussi notre confrère administre-t-il tout d'abord du sirop d'ipéca par cuillerées à café toutes les vingt minutes jusqu'à ce qu'il survienne des vomissements ou de la diarrhée ; puis il cesse cette médication, fait mettre des cataplasmes de farine de lin sur le thorax, et prescrit des boissons en abondance dans le but de favoriser la diurèse. Les enveloppements froids humides sont excellents contre l'hyperthermie, mais le public les envisage avec méfiance. C'est pourquoi M. Stewart préfère faire appliquer sur l'abdomen des petits malades des mouchoirs trempés dans de l'alcool dilué ou de l'eau-de-vie et renouvelés toutes les quinze minutes jusqu'à ce qu'on obtienne par ce moyen une amélioration décisive de l'état général. Ces applications présentent sur les enveloppements froids humides l'avantage d'agir comme un stimulant puissant et d'être facilement acceptées par les parents.

Enfin si, la fièvre ayant complètement disparu, la toux seule persistait, on pourrait alors avoir recours aux expectorants.

LES MALADIES NERVEUSES

ET LE

VALERIANATE DE PIERLOT

(*Suite.*)

Dans un précédent article ⁽¹⁾ nous avons démontré l'incontestable supériorité du Valérianate Pierlot, extrait des produits végétaux, sur les préparations similaires, obtenues dans les laboratoires au moyen de combinaisons chimiques.

Nous nous proposons actuellement d'étudier les indications et effets thérapeutiques du Pierlot dans les différentes manifestations récentes que le praticien est appelé à rencontrer quotidiennement.

Avant de nous attaquer aux grandes névroses classées et définies, nous tenons à signaler les services que rend, comme prophylaxie, le Valérianate Pierlot chez les individus spécialement prédisposés à ces affections, chez les nerveux.

Nervosisme, Neurasthénie.— Ces deux états marquent deux stades différents, l'un initial, l'autre définitif, que parcourt, dans l'échelle morbide, le nerveux, quand il ne parvient pas à modifier ses tendances morbides, qu'est-ce qu'un nerveux ? Par ce terme il faut entendre le sujet chez lequel le système nerveux prédomine. Il est aujourd'hui légion. Continuellement excité par le fait d'une civilisation extrême et compliquée qui développe des besoins factices et pousse à la concurrence outrancière ; épuisé par le surmenage intellectuel ; mal préservé par une hygiène vicieuse, le nerveux perçoit plus facilement et plus fortement les sensations.

(1) Voir LA CLINIQUE du mois de décembre 1897.

Son " moi " réagit plus intensément aux impressions que les sens lui transmettent.

Le nerveux est un émotif. L'intensité de l'émotion chez lui, d'un caractère variable d'ailleurs, est le point capital. Bien plus, tandis que les tempéraments coléreux, congestifs, bilieux, actifs, apathiques, ont nécessairement des points communs, les nerveux sont des plus variables. On n'en peut donner une formule unique, car la fonction cérébrale constitue la diversité même des caractères, suivant les époques, milieux, etc.

Placez un nerveux dans un milieu constamment agréable; maintenez-le par une hygiène saine et rigoureuse. il pourra être gai, et même, s'estimer plus heureux que tout autre, puisqu'il ressent plus profondément les émotions graves.

Mais les émotions tristes lui sont plus sensibles, et comme elles sont supérieures en nombre, par le fait de la lutte sociale, le nerveux sera forcément triste. Il deviendra pensif, soucieux, défiant et soupçonneux, " mélancolique," comme disaient les anciens. Nerveux et mélancolique étaient synonymes pour Aristote pour qui tous les hommes éminents, philosophes ou artistes, avaient le tempérament mélancolique. De là à la neurasthénie déclarée, il n'y a qu'un pas en passant par le pessimisme et la misanthropie.

Le point de départ est donc dans une réceptivité nerveuse plus considérable du sujet, qui aboutit après des phases successives de plus en plus graves, à une affection nerveuse véritable, dangereuse par sa ténacité.

Il y a donc une indication formelle pour le médecin consulté par un nerveux, à quelque phase que ce soit : c'est d'enrayer au plus tôt le processus morbide.

L'hygiène, les exercices physiques, l'hydrothérapie seront d'un grand secours. Mais l'action directe sur le cerveau prime le tableau thérapeutique. Calmer les nerfs. diminuer l'intensité émotive et sensorielle du sujet, tel est le premier devoir.

Le Valérianate de Pierlot intervient alors. Son usage prolongé n'entraînant aucun trouble gastro-intestinal ou cardiaque, en fait le plus précieux instrument de cette thérapeutique spéciale.

Il sera administré sans discontinuer pendant plusieurs mois à la dose du 1 à 2 cuillerées à café prises matin et soir à jeun, dans un peu d'eau sucrée, ou dans un lavement de 100 grammes d'eau environ. L'effet qui peut tarder parfois quelques jours, à se faire sentir, apparaîtra nettement après absorption d'une certaine dose de la liqueur. Avec elle pas d'accoutumance possible ; pas de crainte d'élimination rénale ou cutanée, car le Pierlot n'est nullement toxique.

(*A suivre.*)

De la Teinture de Benjoin Composée dans le Traitement de certaines Plaies Accidentelles

Les applications de teinture de benjoin composée seraient, d'après M. le docteur J. Garland Sherrill (de Louisville), un excellent moyen de traitement des petites plaies contuse et des plaies par instruments tranchants, notamment de celles qui siègent aux mains, moyen surtout commode et précieux lorsque le malade ne peut être vu qu'à de longs intervalles, ainsi que cela arrive souvent dans la pratique rurale.

Voici comment notre confrère conseille de procéder en pareille circonstance :

On nettoie et on lave la plaie avec une solution antiseptique, puis on la recouvre dans toute son étendue et en empiétant un peu sur la peau saine environnante d'une couche de coton hydrophile qu'on imbibe ensuite de teinture de benjoin composée. Après évaporation de l'alcool, le benjoin forme avec le coton une couche adhérent aux parties sous-jacentes, couche à la fois protectrice et antiseptique. Ce pansement occlusif, dont l'application ne provoque qu'une sensation de cuisson passagère et fort supportable, peut être laissé en place pendant six à huit jours. Dès qu'il se relâche un peu, le malade peut le consolider lui-même très facilement en y versant de temps en temps de la teinture de benjoin.

REPRODUCTION

THERAPEUTIQUE

PAR

Monsieur le Docteur GEORGES LEMOINE

HÉMOPTYSIE

Elle est due le plus souvent à des congestions qui s'opèrent chez des tuberculeux autour des foyers inflammatoires, ou encore, chez les mêmes malades, à des ruptures de petits vaisseaux atteints par le processus destructif dans le voisinage des cavernes. Plus rarement elle est le résultat d'une fluxion compensatrice (menstrues, hémorroïdes) et se voit alors chez des arthritiques. Dans d'autres cas, elle est sous la dépendance d'une congestion passive du poumon due à une maladie de cœur. D'autres causes peuvent encore la faire naître, mais aucune d'elles n'agit avec la même fréquence que la tuberculose.

I. Hémoptysie des tuberculeux. — *Prescriptions hygiéniques.* — Dès qu'une hémoptysie se produit, le malade doit garder un repos aussi complet que possible ; il reste dans son lit, demi-assis, la tête haute, soutenu par des oreillers de crin ; il garde le plus rigoureux silence et ne doit communiquer avec son entourage que par des gestes peu étendus ou par quelques paroles dites à voix basse. Il cherchera à éviter la toux ou tout au moins à la modérer dans la mesure du possible.

Le malade doit être peu couvert sur le thorax, sa chemise et sa flanelle ne seront pas boutonnées, il n'aura ni cravates ni foulards. Les membres inférieurs seront, au contraire, réchauffés par une bouillotte, enveloppés dans de l'ouate et maintenus sous les couvertures.

La chambre doit être sans feu et largement aérée, tout en évitant qu'un courant d'air froid puisse arriver jusqu'au malade.

Toutes les boissons seront prises glacées et en petite quantité à la fois ; l'alimentation sera exclusivement liquide et consistera surtout en lait froid et en jaunes d'œufs.

Chez les tuberculeux on peut, dans une certaine mesure, prévenir les hémoptysies en les faisant vivre au grand air et en leur recommandant d'éviter les excès de marche, le chant, les veilles et les rapports sexuels.

Médications. — Les résultats à attendre des médications sont variables, selon que l'hémoptysie est accompagnée ou non par de la fièvre. L'hémoptysie, précédée et suivie de fièvre, donne peu de prise à la thérapeutique et devient bien souvent mortelle. Il en est de même de celle qui est produite par la rupture d'un gros vaisseau dans une caverne. En revanche, l'hémoptysie apyrétique, même abondante et souvent répétée, n'implique pas un pronostic sérieux, et le tuberculeux qui la présente peut guérir. Daremberg fait remarquer avec raison la gravité des hémoptysies qui s'accompagnent quelquefois de râles sous-crépitants à la base du poumon; elles marquent le début d'une broncho-pneumonie infectieuse causée par le mélange du sang avec les sécrétions bronchiques et par l'œdème du poumon.

Même quand l'hémoptysie est légère, il faut lui opposer une médication active, car elle peut être le prélude d'hémoptysies plus abondantes.

On peut employer des moyens externes, mais sans leur accorder une trop grande confiance, sinapismes sur les membres inférieures, cataplasmes sur le thorax, ligature des membres. Les ventouses sèches appliquées largement sur le thorax ont plus d'action.

Il faut aussi savoir, avant tout, qu'il ne faut pas employer certains médicaments qui ont peut-être une action hémostatique quand ils sont appliqués sur une plaie, mais qui n'en ont aucune pris à l'intérieur; tels sont le perchlorure de fer, l'alun, l'eau de Pagliari, etc.

Les indications thérapeutiques à suivre dans le traitement de l'hémoptysie sont au nombre de deux : 1° Amener la constriction des petits vaisseaux ouverts; 2° Immobiliser le thorax pour empêcher de nouvelles ruptures vasculaires. On pourrait en ajouter un troisième, l'emploi de la révulsion et de la dérivation, si l'on pouvait la remplir sans faire remuer le malade.

Pour faire resserrer les vaisseaux, il faut s'adresser à l'*ergotine* donnée en injections sous-cutanées, ou à l'ergot de seigle par la voie buccale. On donnera la préférence pour les injections à la solution d'ergotine Yvon, qui contient un gramme d'ergotine par centimètre cube, et, selon les cas, on en injectera 1 à 3 gr. On peut encore employer l'ergotine Tanret titrée à un milligramme par cent. cube et en injecter $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ milligr. à la fois.

Si le malade peut avaler sans peine et s'il n'y a pas urgence absolue, on donnera l'ergot de seigle en cachets de 1 gr. à la dose de 1 à 3 gr.

C'est l'ergotine qui exerce l'action la plus efficace sur l'hémoptysie, et c'est à elle qu'il faut donner la préférence dans la majorité des cas.

Pour immobiliser le thorax, il faut surtout calmer la toux. On y arrive en donnant de l'opium en assez grande quantité pour amener une véritable torpeur. On peut le donner soit sous forme d'injection de morphine (3 inject. de 0,01), soit en pilules (extrait thébaïque, 0,10 à 0,15 en pilules de 0,02), soit en potion.

Potion :

Extrait thébaïque.....	0 gr. 10
Eau de rabel.....	4 —
Eau.....	100 —

(Daremberg).

A prendre en 12 heures par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Bien souvent, on réussit à arrêter une hémoptysie par l'emploi combiné de l'ergotine et de l'opium ; ce sont les deux médicaments de choix. Mais à côté d'eux, l'empirisme, à défaut de la théorie, en a placé d'autres et ce ne sont pas les plus mauvais.

De ce nombre est l'*ipéca*, sur lequel Trousseau a beaucoup insisté alors qu'on pourrait croire que les nausées et les efforts de vomissements devraient exagérer le crachement ; ils l'arrêtent au contraire et réussissent dans des cas rebelles où l'ergotine échoue. Trousseau le donnait à la dose de 4 gr. en 4 paquets administrés de 10 en 10 minutes ; il est rare que cette médication échoue. Plus souvent, je donne un mélange de 40 grammes de sirop d'*ipéca* et de 2 gr. de poudre, par cuillerées à café d'heure en heure, pour produire l'état nauséux sans le vomissement ; j'obtiens ainsi d'excellents résultats. Jamais on n'a vu d'accidents produits par les vomitifs et les nauséux chez les phthisiques.

Mieux encore que l'*ipéca* est la *médication stibiée* : on donne la tartre stibiée à doses fractionnées, pour ne pas avoir de vomissements. Elle réussit surtout dans l'hémoptysie fébrile à répétition.

Dans un autre ordre d'idées, je prescris contre les hémoptysies légères quelques cuillerées à café d'*éther*, données à de courts intervalles dans un peu d'eau sucrée. L'action de cette médication empirique est prompte et sûre.

Daremberg préconise vivement des applications de glace sur les testicules ou sur les grands lèvres, deux fois par jour, pendant 5 minutes ; elles réussissent, dit-il, dans la majorité des cas.

Je ne dirai rien de la térébenthine, de l'acide gallique, de l'*hydrastis canadensis*, qui ne valent pas l'ergotine.

Quand il s'agit d'hémoptysies avec température élevée, je m'adresse comme Barié, au *sulfate de quinine* à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour, jusqu'à ce que la température baisse, tous en donnant de l'ergotine. Ce moyen réussit quelquefois, mais cette variété d'hémoptysie est très grave.

Les hémoptysies des tuberculeux arthritiques seront combattues, outre la médication indiquée, par le repos aussi absolu que possible, et dans leurs intervalles, on cherchera à prévenir leur retour en ne donnant au malade que du lait, des œufs et de la viande blanche comme nourriture, et en leur défendant l'alcool. Les purgatifs répétés, les sinapismes sur le thorax, l'eau de Royat comme boisson, aident à ce résultat.

Les hémoptysies ne sont pas rares chez les femmes tuberculeuses au moment de leurs règles ; pour les en préserver, Darenberg conseille de leur ordonner pendant les 5 jours qui précèdent l'époque menstruelle : 1° le repos ; 2° une révulsion locale consistant en une mouche de Milan sur le point malade ; 3° deux cuillerées à soupe par jour d'une potion :

Potion :

Bromure de potassium.....	10 gr.
Teinture alcoolique de digitale.....	L gouttes.
Eau.....	200 gr.

Dans un peu de lait.

Quel que soit le traitement employé contre l'hémoptysie, il doit être combiné, dès que le crachement de sang est à peu près arrêté, avec la médication décongestive indiquée à propos de la phtisie.

II. Hémoptysies par sclérose artérielle.—Elles sont dues à des ruptures de petits vaisseaux atteints par la dégénérescence graisseuse ou calcaire. On les rencontre chez les arthritiques et surtout les alcooliques ; elles sont fréquentes dans le cours des cirrhoses du foie et du mal de Bright. Leur traitement d'urgence est celui que nous venons d'indiquer plus haut, mais le vrai traitement pour empêcher leur retour est celui de l'état général et se basera surtout sur l'emploi des alcalins et de l'iodure de potassium.

III. Hémoptysies de causes diverses.— Si elles reconnaissent la suppression d'un flux périodique comme origine (menstrues, hémorroïdes), on cherchera à rappeler les règles ou

l'écoulement hémorrhoidaire, ou bien on mettra des sangsues à l'anus. Les hémoptysies périodiques des paludéens sont de véritables accès larvés de paludisme et sont justiciables de la quinine. Enfin, les hémoptysies des cardiaques sont dues à de la congestion passive, entretenue par le mauvais fonctionnement du cœur, et seront traitées par les toniques du cœur : digitale, caféine, lait, diurétiques, ou au besoin par une petite saignée.

ANGINE DE POITRINE

Elle est caractérisée par des accès d'angoisse thoracique et des douleurs rétrosternales poignantes, avec irradiations dans la région précordiale et vers l'épaule gauche, qui surviennent brusquement sans cause appréciable ou sous l'influence de causes légères, marche contre le vent, effort, fatigue, émotion, etc. L'accès peut être court ou durer plus d'un quart d'heure ; il peut se terminer par la mort. L'angine de poitrine paraît liée à des altérations artérielles, athérome de l'aorte et surtout oblitération des artères coronaires par des plaques calcaires (Huchard), et elle serait le résultat immédiat soit d'une inflammation du plexus cardiaque par aortite chronique, soit d'une ischémie du myocarde. Un fait important à signaler c'est que l'angine de poitrine est rare dans la classe ouvrière, même chez les gens qui ont de l'athérome artériel : elle est surtout fréquente chez les personnes surmenées intellectuellement et qui, avec un tempérament arthritique, font des excès de travail tout en ayant une mauvaise hygiène alimentaire ; il y a dans la pathogénie de l'angine de poitrine un élément névropathique qui joue un rôle des plus importants.

Indications thérapeutiques. — Il s'agit tout d'abord de prévenir l'apparition des accès en combattant leurs causes probables, l'aortite chronique et l'athérome, et en facilitant le travail du cœur, dont le surmenage diminue la résistance aux accès. En second lieu, il faut agir directement sur les accès, car ils présentent des dangers immédiats des plus graves.

1° Traitement préventif. — *Combattre l'hypertension artérielle et l'aortite.* — C'est le traitement par les iodures alcalins qu'il faut employer, et Huchard a magistralement réglé leur emploi. Pour agir, la durée du traitement doit être longue, deux ou quatre ans environ, comme dans les lésions de l'orifice aortique dont l'angine de poitrine n'est souvent qu'un épiphénomène. On donne chaque jour 1 à 3 gr. d'iodure de potassium ou de sodium, selon l'état du myocarde, dans un peu de lait, en deux fois, matin et soir. Quand cette médication est faite assez

à temps, elle a des chances sérieuses de succès, et la mortalité tombe de 9 à 3 sur 10 cas (Huchard). Le plus sage serait d'instituer le traitement ioduré, dès qu'il y a des signes certains d'artéro-sclérose et d'athérome, avant l'apparition de l'angine.

Parfois l'iode n'est pas toléré et amène des symptômes d'intoxication, soit que le produit ne soit pas pur, soit qu'il y ait insuffisance rénale et élimination très lente du médicament. Dans ce cas, on peut remplacer l'iode par l'iodure, dont on donne X à XV gouttes de teinture, au commencement de chaque repas, diluée dans du potage ou de l'eau, ou encore de l'iodure de fer.

Pour faire tolérer l'iode, on peut aussi le donner au milieu des repas et l'associer à l'arsenic ; par exemple, une cuillerée à soupe, au milieu de chaque repas, d'une solution :

Iodure de potassium	10 gr.
Arséniat de soude.....	0 — 05
Eau distillée	300 —

(Huchard).

Pendant vingt jours par mois.

Un traitement hygiénique doit être fort sérieusement suivi par les angineux : Marche modérée, jamais rapide et jamais contre le vent, pas d'efforts, pas de montées rapides, une nourriture régulière, jamais trop abondante pour ne pas remplir l'estomac, pas de vins fins, surtout de vin de Bourgogne, pas d'alcool ni de café ; le tabac est sévèrement interdit, et il faut se rappeler qu'il est aussi dangereux de respirer la fumée du voisin que celle qu'on provoque ; quand les crises se répètent coup sur coup, il est bon de garder le repos à la chambre et même au lit.

Les indigestions et la constipation suffisent pour provoquer l'accès d'angine de poitrine ; aussi ces malades devront-ils être très tempérants et avoir toujours l'intestin libre. Quand des troubles dyspeptiques se montrent avec persistance, la diète lactée ou le régime suffisent parfois pour les faire disparaître et empêcher le retour des accès d'angine (Huchard) l'état de l'estomac étant leur cause occasionnelle.

Révlusion.—Elle est utile lorsque dans l'intervalle des accès, les malades ressentent souvent des douleurs névralgiques au niveau de la région précordiale ; elle suffit pour les faire disparaître ou tout au moins pour les diminuer, et exerce certainement une action favorable sur la marche de l'angine. Comme révulsif on préférera les petits vésicatoires de la dimension d'un timbre-poste, que l'on renouveliera aussi souvent qu'il le faudra ; on prendra des précautions pour éviter l'action de la cantharide sur

les reins. L'action trop vive et trop brusque des pointes de feu me les fait repousser.

2° **Traitement des accès.**—Il faut employer une médication que le malade puisse toujours avoir avec soi et qui agisse rapidement ; le *nitrite d'amyle* remplit ces conditions. Quelques gouttes de ce produit, respirées avec force, provoquent de suite une dilatation considérable des vaisseaux de la tête et du cou et de ceux de l'encéphale et du cœur. Cet effet se traduit par de la turgescence du visage et par une sensation de chaleur et de plénitude à la tête. Son action paraît s'exercer directement sur les muscles vasculaires, sans mettre en jeu le système nerveux central ; elle abaisse la tension intra-vasculaire et augmente l'énergie du cœur. M. Huchard pense que les heureux effets du nitrite d'amyle tiennent à ce qu'il active la circulation intra-myocardite, dans les cas où elle est sérieusement entravée par l'oblitération ou le spasme des coronaires, et à ce qu'il favorise l'action du cœur en diminuant les résistances périphériques par suite de la dilation des artérioles.

Quand un accès d'angine de poitrine survient, le patient doit s'arrêter aussitôt, s'asseoir et ne faire aucun effort ; puis, le plus rapidement possible, il respire sur un mouchoir quatre à six gouttes de nitrite d'amyle et recommence cette inhalation quelques instants après si l'accès ne cesse pas. Quand l'accès a une tendance à durer, il faut se hâter de faire soit une injection de morphine, soit une injection de trinitrine selon la formule de Huchard.

Solution pour injections :

Solution de trinitrine à 1/100..... XL gouttes.

Eau de laurier cerise..... 10 gr.

En injecter une demié seringue de Pravaz.

Cette médication de l'accès par le nitrite d'amyle, la morphine et la trinitrine est la seule qui présente de l'efficacité ; l'emploi du chloral, de la cocaïne, de l'antipyrine et, dans un autre ordre d'idées, des courants continus est inutile et dangereux.

Complications.— Il peut arriver qu'au cours de l'accès, et surtout quand il se produit des accès subintrants, il survienne un état syncopal ; de suite, il faut le combattre par des injections d'éther, de caféine, par l'application du marteau de Mayor sur la région précordiale, par des frictions excitantes sur la poitrine et sur les membres. La conduite à tenir est la même quand il existe un état parétique du cœur.

Pseudo-angines de poitrine.—Il en existe plusieurs, bien étudiées par Huchard, pseudo-angines hystérique, neurasthénique épileptique, par irritation spinale : d'autres ont une origine réflexe, soit périphérique, soit viscérale ; ou toxique, tabac, alcool. Ces fausses angines se distinguent de l'angine vraie par des symptômes assez différents et sont toujours curables. Leur traitement est celui de leur cause et varie par conséquent avec celle-ci.

Elimination des Toxines et Antisepsie Intestinale

« Pour le bon fonctionnement de l'organisme, dit M. Huchard, il faut que le rein reste ouvert et le foie fermé. Il faut que le rein reste ouvert pour l'élimination des poisons. Il faut que le foie soit fermé pour leur arrêt et leur destruction. »

Dans les maladies provenant des troubles de la nutrition, il existe donc pour le médecin deux indications importantes à remplir :

1° Instituer un régime alimentaire produisant le moins possible de *Plomaines*, *Toxalbumines*, etc.

Entre tous le régime lacté remplit le mieux cette condition. De plus, les travaux de M. M. Charrin et Roger ont démontré que le régime du lait diminue sensiblement la toxicité des urines. Le lait, aliment complet, n'introduisant dans l'organisme aucune toxine, favorise la diurèse et par cela même l'élimination des poisons.

2° Empêcher la formation de ces poisons organiques et les anéantir dans l'intestin lui-même, tel est le rôle de l'antisepsie intestinale.

Tous les efforts de la thérapeutique moderne tendent donc à rendre aseptique le tube digestif à l'aide de divers agents antiseptiques, administrés par la voie stomacale.

Il y a déjà longtemps que les médecins ont cherché à désinfecter le tube digestif. C'est ainsi que Trousseau et Belloc, dans les dyspepsies utilisaient les propriétés absorbantes du charbon végétal. Malheureusement son action sur le processus de décomposition est nulle. Il ne fait qu'empêcher le dégagement des gaz putrides, en les absorbant, sans s'opposer à leur formation.

Serres et Becquerel accordaient la préférence au calomel, qui doit ses propriétés antiputrides à la décomposition qu'il subit. En effet, le calomel se change dans l'estomac en bichlorure et dans l'intestin en sulfure de mercure.

M. Bouchard donne le Naphtol associé au charbon végétal et le fait administrer en granules ou en cachets.

C'est en suivant cette indication et en prenant des soins minutieux que M. Fraudin, ancien pharmacien-interne des hôpitaux de Paris, prépare un charbon au Naphtol, sous forme granulée, dans lequel les propriétés antiseptiques du Naphtol viennent compléter les propriétés absorbantes du charbon de peuplier.

La forme granulée permet au médecin de prescrire des doses qu'il ne serait pas possible d'administrer en cachets.

Aussi nous nous permettons d'appeler l'attention de MM. les médecins sur cette préparation, en raison de sa valeur thérapeutique, et de la facilité de son emploi.

Des dangers que peut présenter l'usage des préparations iodurées
chez les phtisiques.

On sait que parmi les phénomènes de l'iodisme il en est un certain nombre ayant le poumon pour siège et se manifestant par de la toux avec crachats mucoséreux et par des douleurs pleurétiques. On a même constaté une transudation abondante de sérosité dans les poumons de chiens auxquels on pratiquait des injections sous-cutanées de solution iodo-iodurée (Zeissl). Ces faits permettent déjà de supposer que dans certains cas de tuberculose pulmonaire l'administration des iodures peut amener dans les poumons une congestion et un processus de ramollissement fort préjudiciables au malade. Or, M. le docteur P. Vitvitzky (de Kharkow) vient d'observer un cas fort concluant à cet égard. Il s'agissait, dans l'observation de notre confrère, d'une femme de vingt ans qui souffrait de toux avec picotement à la gorge et douleurs à la déglutition, et qui présentait aux sommets des phénomènes stéthoscopiques suspects. Cependant la malade n'avait pas de fièvre et son état général était excellent. A l'examen laryngoscopique on constata une forte congestion du larynx et des ulcérations des cordes vocales. Comme il y avait lieu de soupçonner l'origine syphilitique de cette affection, on prescrivit l'iodure d'ammonium à la dose de 2 grammes par jour. Après huit jours de ce traitement, il survint dans l'état de la malade une aggravation manifeste : la toux augmenta, la température devint fébrile, des râles et un souffle bronchique intense se firent entendre aux sommets, des bacilles de Koch furent constatés dans les crachats qui, auparavant, en étaient indemnes, et l'on vit se dérouler tout le tableau clinique d'une phtisie galopante qui se termina bientôt par la mort.

On a essayé aussi le chlore, l'iode, les sulfures, l'acide phénique, la créosote, pour ne citer que les principaux. Mais, comme l'a fort bien montré M. le P^r Bouchard, tous ces corps ont le grave inconvénient, étant solubles, de n'en être que plus absorbables. Le médicament est absorbé avant d'arriver dans la partie inférieure du tube digestif, c'est-à-dire le gros intestin, où les fermentations putrides sont en pleine activité. Ses propriétés antiseptiques ne sont donc point utilisées sur cette partie du tube intestinal. En outre, le malade court les risques d'une intoxication résultant de l'absorption du médicament.

D'après cet exposé, il est facile de comprendre pourquoi il est préférable de s'adresser aux antiseptiques insolubles ou à peine solubles.

M. le P^r Bouchard a enrichi la thérapeutique d'un nouveau produit insoluble, le *Naphtol*, appartenant à la classe des phénols naphtyliques $C^{10}H^8O$, qui remplit toutes les conditions désirables, et la conclusion de son mémorable travail (communication à l'Académie des Sciences) est celle-ci :

« Le Naphtol mérite d'être préféré aux autres antiseptiques insolubles au moins pour réaliser l'antiseptie intestinale. »

« P^r BOUCHARD »

En effet, comme il l'a fort justement fait remarquer, l'acide phénique et la créosote ne peuvent être employés longtemps à cause des dangers d'absorption, en raison des doses élevées nécessaires pour réaliser l'antiseptie du tube digestif, comme dans la fièvre typhoïde par exemple.

L'iodoforme, doué d'une odeur désagréable, n'est pas non plus exempt de dangers, même à faible dose et par un usage prolongé, il a l'inconvénient de déterminer chez le sujet un amaigrissement sensible.

Le salicylate de bismuth doué d'un pouvoir antiseptique très faible, n'agit que lorsqu'il y a dégagement d'hydrogène sulfuré, pour former du sulfure de bismuth et l'acide salicylique libre s'élimine par les urines.

D'après M. Bouchard, la Naphtaline serait un bon antiseptique insoluble, mais elle a l'inconvénient de produire des éruptions accompagnées d'un prurit insupportable pour le malade ainsi que des phénomènes de dysurie.

À côté de ces inconvénients, le *Naphtol b* ne présente que des avantages que M. Bouchard résume ainsi : pas de renvois, pas d'action irritante sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin et surtout *pouvoir antiseptique le plus fort et pouvoir toxique le plus faible.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES DANGERS DU TAXIS

PAR

LE DOCTEUR H. BOUSQUET

Deux malades que vous avez pu observer dans nos salles au cours du dernier trimestre vont me permettre de légitimer les imprécations que vous m'avez souvent entendu lancer contre le taxis, et de vous faire comprendre combien est dangereux l'ensemble des manœuvres que l'on réunit sous ce nom.

Qu'est-ce donc que le taxis ? « Le taxis, dit Gosselin (*Leçons sur les hernies*, 1865, p. 185), est cette opération manuelle qui a pour but de refouler la hernie et de la faire rentrer dans le ventre. »

Amussat et Lisfranc cherchèrent les premiers à donner quelques principes auxquels devaient être soumis les manœuvres du taxis, mais c'est Gosselin qui, le premier, précisa avec soin ce point particulier de chirurgie dans l'ouvrage que nous venons de citer, et les règles qu'il a formulées ont eu force de loi jusque dans ces dernières années.

« Le taxis, écrit ce maître, et j'entends par là le taxis suffisant, est indiqué pour la plupart des hernies dans les vingt-quatre premières heures de l'étranglement ; il est d'autant mieux indiqué que, selon les probabilités que je laisse à l'avenir le soin de confirmer ou d'infirmier, l'étranglement est moins serré à ce moment qu'il le sera plus tard. Au-delà de ce terme, et jusqu'à quarante-huit heures, à moins de contre-indications, telles que rougeur de la peau, emphysème, le taxis est encore indiqué pour les grosses, les moyennes et quelques-unes des petites hernies. Je n'agirais pas, après trente-six heures d'étranglement pour les petites hernies qui me paraîtraient formées par l'intestin seul, sans épiploon.

« Au-delà de quarante-huit heures, et jusqu'à soixante-douze heures, le taxis est encore applicable sans crainte (sauf toujours le cas où il y a rougeur et empâtement), pour les grosses et les moyennes hernies. Pour les petites, il est plus prudent d'y renoncer, parce que les lésions dangereuses sont plus probables que dans les autres, à cette époque déjà éloignée du début de l'étran-

gement. A partir du commencement du quatrième jour, à moins que les hernies ne soient d'un volume très considérable, il ne faut pas tenter le taxis.»

Pendant combien de temps le taxis doit-il être continué ? La plupart des chirurgiens, suivant en cela les préceptes de Gosselin, pensaient que les manœuvres ne devaient pas dépasser huit à dix minutes. Dans ces conditions, lorsque le taxis ne déterminait pas de fatigue chez un opérateur de force moyenne, il était dit *modéré*.

Par opposition, on appelle *taxis forcé* « celui dans lequel on déploie une force plus grande et dans lequel les pressions sont faites avec assez de vigueur, soutenues assez longtemps pour que les mains de l'opérateur se fatiguent. » GOSSELIN.

Lorsque les seuls efforts du chirurgien ne suffisaient pas, il demandait le secours de deux ou quatre mains. On avait ainsi le *taxis à quatre mains* et à *six mains*. Enfin, lorsque le volume et la forme de la tumeur s'y prêtaient, on employait une bande en caoutchouc vulcanisé enroulée autour de la tumeur. C'était le *taxis prolongé*, le *taxis forcé*.

Ce taxis se pratiquait d'abord sans chloroforme, puis ensuite avec l'aide des anesthésiques. Ainsi donc, vous le voyez, les règles étaient fort précises, parfaitement établies, et le praticien n'avait qu'à s'y conformer. Eh bien ! malgré les services incontestés qu'ont rendus ces préceptes, malgré le prestige qui s'attache aux écrits de Gosselin, qui tous sont marqués au coin du bon sens, je n'hésite pas à vous dire qu'il faut aujourd'hui faire table rase de l'ensemble de ces manœuvres et abandonner à l'histoire de la chirurgie toute l'énumération que je viens de vous faire.

Il est bien certain qu'en 1865 Gosselin avait parfaitement raison de tracer avec soin les règles du taxis, et de recommander à ses élèves de s'y conformer de point en point. Toutes les fois, en effet, que l'on touchait au péritoine, on était presque sûr de voir éclater des accidents redoutables, et la mort était trop souvent la terminaison de cette opération incomplète que l'on appelait *Kélotomie*.

Gosselin lui-même nous donne une statistique fort instructive sur ce sujet. Sur 41 cas de hernie inguinale opérés par lui, il note 20 guérisons et 21 morts. Au contraire, sur 67 cas soumis au taxis, il compte 64 guérisons et 3 morts.

L'opération donnait donc alors une mortalité de 50%, tandis qu'avec le taxis on avait à peine 4% de décès. Dès lors, direz-vous, pourquoi rejeter un procédé qui donne une si faible mortalité. Pourquoi ? Mais tout simplement parce que nous avons

beaucoup mieux à notre disposition. Soyez persuadé que si vous opérez assez hâtivement les hernies étrangées qui se présenteront à votre observation et si vous vous conformez strictement aux règles de l'asepsie, vous aurez des statistiques bien supérieures à celle que vous fournira le taxis, et de plus, vous ferez la « *Cure radicale*, » c'est-à-dire que vous débarrasserez votre malade d'une infirmité gênante, tandis que le taxis, dans les conditions les meilleures, remédie simplement aux accidents de l'étranglement, et laisse au patient son infirmité. Il lui rend à la vérité le service de le soustraire à une mort immédiate et fatale, mais les mêmes accidents pourraient reparaître, et le taxis sera peut-être alors impuissant.

En outre le taxis expose à des accidents fort graves. Si vous voulez en juger écouter le passage suivant que j'emprunte aux Cliniques de l'hôpital de la Charité. Il s'agit des 3 cas de mort que Gosselin a eu à enregistrer à la suite du taxis. « Dans deux cas, dit-il, il s'agissait de hernies inguino-scrotales assez volumineuses, dont l'étranglement datait de dix-huit heures pour l'un, de vingt-deux heures pour l'autre. Les circonstances étaient favorables, si ce n'est que l'un des malades avait quatre-vingts ans, et que, pour ce motif, j'ai dû renoncer à le soumettre au chloroforme. Chez l'un et l'autre le taxis a été modéré, progressif, la réduction a été obtenue en huit et dix minutes. Mais les symptômes de péritonite aiguë ont persisté et j'ai reconnu à l'autopsie que j'avais réduit un intestin perforé. »

Ainsi donc voilà deux malades qui ont succombé non pas parce qu'on leur avait pratiqué le taxis, mais parce qu'on avait réduit un intestin perforé. Ainsi que le fait remarquer Gosselin, il s'agissait là de deux faits rares dans lesquels la gangrène avait marché avec une formidable rapidité et rien dans l'état général des sujets ni du côté des téguments ne permettait de prévoir cette redoutable complication. Il est inutile de vous dire qu'avec la kélotomie telle que nous la pratiquons aujourd'hui, la perforation ne saurait passer inaperçue, et, le cas échéant, nous y remédions soit par l'anus iliaque soit par la résection de l'intestin.

Ainsi donc, premier grief : *Le taxis expose à faire rentrer dans l'abdomen un intestin perforé.*

Continuons notre lecture : Une troisième observation, ajoute Gosselin, est celle d'un jeune homme de 22 ans atteint d'une hernie inguino-scrotale droite très volumineuse, sur lequel le taxis fait d'abord à deux, puis à quatre mains pendant vingt minutes a été suivi de réduction, mais avec persistance des symp-

tômes d'étranglement qui se sont terminés par la mort. Cette fois j'ai reconnu que, comme dans un fait cité par *Langier*, le contour inextensible du col s'était déchiré et était rentré avec l'intestin en continuant à l'étrangler dans le ventre.» Ainsi donc, voilà un cas dans lequel la hernie a été réduite dans de bonnes conditions, tout portait à croire que le patient guérirait avec facilité et cependant les phénomènes d'étranglement ont persisté parce que l'agent constricteur, c'est-à-dire l'anneau, avait accompagné l'intestin après s'être rompu au niveau du collet du sac.

Le fait ci-dessus dans lequel le sac s'est déchiré au niveau du collet est rare ; ce qui l'est beaucoup moins, c'est cette complication que l'on connaît sous le nom de *réduction en masse ou fausse réduction*. Cette complication, étudiée par de Lucke (*Journal de Chirurgie de Malaigne*, 1844), a été l'objet de deux mémoires importants dus à Bourguet, d'Aix (*Archives générales de médecine*, 1876, et à Kronlein (de Berlin), *Arch. f. klin. Chir.* t. XIX, p. 408). Tantôt la hernie a été parfaitement réduite, mais à côté d'elle existait une toute petite hernie sur laquelle seule portait l'étranglement (fait rare), tantôt la réduction a été incomplète, le plus ordinairement il y a eu réduction en masse. Cette complication consiste dans le refoulement à travers l'orifice herniaire du sac et de son contenu qui pénètrent dans la cavité abdominale. Il faut pour que cet accident se produise, que le sac et le collet soient lâchement unis aux parties environnantes ; le résultat des efforts du chirurgien est alors de substituer un étranglement interne à un étranglement externe.

Les faits de ce genre ne sont pas absolument rares ; les premières observations remontent à Ledran, Laforge, Arnaud. Dans le travail précité, Bourguet (d'Aix), mettant à contribution les statistiques des différents auteurs, a réuni cent douze cas de réduction en masse. Si vous voulez vous rappeler ce que je vous ai dit souvent, que nombre de gens ne publient aucun des faits qu'ils observent, vous en concluez que la réduction en masse doit être commune. Donc, *deuxième grief* : *Le taxis est un procédé aréugle et brutal qui peut donner lieu à une complication des plus sérieuses : la réduction en masse*. Verrez-vous semblable phénomène se produire en faisant la cure radicale ? Je ne le crois pas et du reste vous avez un moyen bien simple de vous rendre compte de ce que vous faites. Suivez le vieux précepte donné par Dionis et, comme le dit ce chirurgien, lorsque vous aurez réduit l'intestin, *fourrez* le doigt dans le ventre pour vous assurer que vous avez bien fait la réduction.

Sont-ce là les seuls reproches que nous avons à faire au taxis ? Non certes, et l'observation de deux de nos malades nous a permis de voir que les manœuvres de force pouvaient avoir un autre résultat, celui de contondre et de sphacéler l'intestin, lorsque la réduction ne se produit pas.

Le premier de nos malades était un homme de 30 ans, qui arriva le 16 mars au soir avec une hernie inguinale droite étranglée ; un taxis brutal avait été pratiqué et le lendemain matin, lorsque le sac fut ouvert, on trouva l'anse intestinale couleur feuille morte. Or, ainsi que je vous le faisais remarquer, la partie d'intestin comprimée par le collet, celle sur laquelle avait porté l'étranglement, ne présentait pas de lésions sérieuses, tandis que la partie convexe de l'anse, celle qui avait été saisie entre les doigts de l'opérateur était manifestement sphacélée. Il n'y a pas à s'y méprendre, ces lésions étaient bien le résultat du taxis. Malgré tous nos soins le malade mourut trente-six heures après, de septicémie due à l'infection péritonéale.

Quelques jours auparavant, dans le courant de février, nous avons reçu un enfant de 14 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche, sur laquelle avaient aussi été faites de violentes tentatives de taxis. Après ouverture du sac, les lésions se présentaient exactement comme celles que nous venons de décrire : bande noirâtre non sphacélée au niveau du point étranglé et marbrures feuilles mortes sur l'anse herniée. Les lésions étaient telles qu'une intervention radicale s'imposait, aussi avons-nous réséqué à cet enfant douze centimètres d'anse intestinale. Cette entérotomie suivie d'entérorraphie, nous a donné un résultat parfait. Le patient a quitté notre service le 20 février absolument guéri ; depuis lors, il se porte aussi bien que possible.

Voilà donc deux faits dans lesquels le taxis a non seulement été impuissant, mais a en outre déterminé des lésions telles, que dans un cas le patient a succombé, et que l'autre n'a dû la vie qu'à une opération grave favorisée par les progrès de la chirurgie antiseptique.

Troisième grief : Les manœuvres du taxis peuvent déterminer le sphacèle de l'intestin.

Enfin dans bien des circonstances le taxis a été impuissant : dès lors, pourquoi, lorsque nous avons à notre disposition, une opération bénigne et sûre, nous livrer à des manœuvres aussi dangereuses. Soyez persuadé que si Gosselin était en core professeur de clinique chirurgicale, il n'hésiterait pas à brûler ce qu'il a adoré, et qu'il rejeterait le taxis au nom de la saine Chirurgie et de l'Art.

Pour nous résumer nous dirons : L'ensemble des manœuvres pratiquées sous le nom de taxis, doit être rejeté des pratiques de la saine chirurgie, et toute hernie étranglée doit, dans le plus bref délai, être traitée par la cure radicale, dont les résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention aura été plus hâtive.

Sur un procédé modifié de réfrigération au moyen du drap mouillé

Dans les affections fébriles graves, notamment dans la fièvre typhoïdes, M. le docteur Max Herz (de Vienne) conseille d'avoir recours à un procédé d'antipyrèse consistant à envelopper le malade dans un drap préalablement trempé dans de l'eau à la température de la chambre et qu'on maintient dans un état d'humidité permanente en l'imbibant d'eau fraîche, au moyen d'une éponge, lorsqu'il s'est desséché au contact de la peau brûlante du patient. Au bout de vingt minutes on enlève le drap et on laisse le malade complètement nu pendant dix minutes.

Ce moyen est très commode dans la pratique, car on n'est pas obligé d'enlever le malade de son lit, ce qui est souvent difficile lorsqu'il s'agit de sujets en état de coma ou d'enfants récalcitrants. Quant à ses effets antipyrétiques, ils ne le cèderaient en rien à ceux du bain froid.

Le *Canada Medical Review* rapporte que le Dr J. F. W. Ross a présenté à la Société Médicale de Toronto 2000 calculs qu'il avait extrait le même jour de la vésicule biliaire d'un ministre protestant. La grosseur de ces calculs variait entre celle d'un grain de sable et celle d'une fève.

Le Dr W. B. Dorsett parle avec enthousiasme des bons effets du Phosphate de Strychnine comme tonique, chez les femmes enceintes. Le traitement doit être continué longtemps.

REVUE MÉDICALE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine. — M. le docteur Darier propose l'emploi en théparentique oculaire d'une nouvelle combinaison d'argent comme succédané du nitrate ; c'est une combinaison de *Protéine* et d'argent : le *Protargol* ; cette substance ne serait pas irritante et, en solution, n'est pas précipitée par l'albumine, les alcalis et les sulfures solubles.

M. le professeur Dieulafoy fait une importante communication sur les hémotémèses abondantes dues à de simples érosions de la muqueuse stomacale. Ces hémorragies sont souvent mortelles ; lesquelles ne donnent lieu qu'à une perte de sang insignifiante, elles cèdent facilement aux moyens médicaux, dans le cas contraire il faut avoir recours à une opération chirurgicale. M. le professeur Duplay ajoute que pendant l'intervention chirurgicale il est utile d'injecter au patient 1 litre à 1 litre et demi de sérum, et plus si cela est nécessaire dans les 12 heures qui suivent l'opération.

Microbiologie. — MM. Cagicol et Lapierre ont étudié au point de vue bactériologique un cas de *maladie du sommeil*. Ce travail effectué au laboratoire de microbiologie de l'université de Coïmbra a permis aux auteurs d'isoler du sang du malade un bacille qu'ils considèrent comme spécifique et auquel ils ont donné le nom de « *Bacille de la maladie du sommeil*. » Ce microbe observé dans le sang ou dans les cultures est un bacille droit, incurvé, un peu rétréci en son milieu. Dans le sang il présente 2 à 2.5 de largeur sur une épaisseur de 0.5 et est un peu plus volumineux dans les cultures. Il donne des filaments, et est peu mobile, ne possède pas de cils. Il prend facilement les couleurs d'aniline et ne se colore pas par le gram. On voit des spores libres dans les cultures ainsi que dans l'intérieur des bâtonnets. Ce microbe est aérobie, ne fait pas fermenter les sueres et ne donne pas lieu à la production d'Inodol. Il cultive entre 30 et 37 et est tué en une minute par une chaleur humide de 70 à 75 degrés.

Société de Biologie. — MM. Simonin et Benoit indiquent un nouveau procédé pour déterminer la nature des bacilles diphtériques douteux dits Bacilles Pseudo-Löffler. Ils se sont adressés dans ce but presque exclusivement à l'épreuve de la virulence des bacilles pour le cobaye d'abord, puis dans le cas de survie de

cet animal, pour les petits oiseaux. Au lieu d'employer le moineau ainsi que le conseille M. Martin, ils ont utilisé le colzat qui leur a paru beaucoup plus sensible au virus diphtérique.

Les observations recueillies sont au nombre de douze et, au point de vue morphologique les bacilles inoculés peuvent se répartir de la manière suivante :

- Huit bacilles courts ou très courts, grêles sans intrication ;
- Un bacille court, épais, en amas parallèles ;
- Deux bacilles de taille inégale, renflés en massue ;
- Un bacille long intriqué.

M. Solly fait une communication sur les mouvements amiboïdes des globules blancs du sang dans la leucémie. Cette question est encore controversée et les divers auteurs qui l'ont étudiée ne sont pas d'accord. Dans les quatre cas de leucémie qu'il vient d'étudier, M. Solly a constaté que les cellules éosinophiles avaient un noyau polymorphe semblable au noyau des polynucléaires ou bien un seul noyau arrondi comme les mononucléaires. Les globules à granulation réfringente lui ont souvent montré des déformations et des déplacements actifs ; on ne peut donc pas les considérer comme des éléments toujours immobiles.

M. Henry Moran indique une nouvelle méthode d'embaumement susceptible de rendre service aux anatomistes et qui permet d'obtenir une conservation certaine et indéfinie des pièces. Cette méthode consiste à injecter dans les vaisseaux la solution suivante :

Glycérine neutre à 38°.....	1000 grammes.
Azotate de Potasse.....	40 "
Cassonnade.....	30 "

Un cadavre d'enfant âgé de 8 ans, injecté avec cette solution présente au bout de deux ans : une conservation parfaite, pas d'odeur, la conservation de coloration des muscles ainsi que la souplesse. Le prix de revient est très minime.

M. Laborie fait une intéressante communication sur le microphonographe et l'éducation du sourd-muet au moyen de cet instrument dont l'idée première et son application à la surdité revient à M. Dussaud (de Genève). D'importants perfectionnements ont été apportés à l'appareil primitif par MM. Jaubert et Bertin ; ils permettent d'accroître l'intensité du son tout en le réglant et en le graduant à volonté. L'appareil est constitué par l'adjonction d'un microphone au phonographe d'Edison, la transmission du son au lieu d'être faite par des tubes flexibles l'est par des conducteurs électriques. Ce mode de transmission a permis d'établir un courant téléphonique *secondaire* qui permet

l'atténuation des bruits accessoires produits par l'appareil. Au point de vue pratique des résultats très encourageants ont déjà été acquis par MM. Gellé et A. Boyer.

M. le professeur Bouchard a pu constater directement chez un sujet vivant, au moyen de la radioscopie, l'ampliation de l'oreillette droite du cœur pendant l'inspiration.

Académie des Sciences.—M. Nepvieu a étudié les bacilles du bérubéri sur des pièces anatomiques provenant de sujets atteints au Sénégal par cette maladie. Ces bacilles dont la longueur varie de 3 à 10 sont analogues aux bacilles du choléra des poules et à ceux de la septicémie du lapin.

M. Cordier indique une nouvelle méthode d'analyse du suc gastrique basée sur le fait suivant : Lorsque l'on traite par parties égales d'alcool absolu et d'éther anhydre, un mélange de chlorure de lithium et de sodium, ce dernier reste indissous et peut être ensuite enlevé par un traitement à l'eau chaude.

Académie de Médecine.—MM. Cornil et Carnot ont pu obtenir la réparation des plaies expérimentales de l'urètre et de la vessie chez le chien. Chez un animal auquel on avait enlevé la calotte supérieure de la vessie, la réparation s'est effectuée aux dépens du grand épiploon.

M. Ricard rapporte une nouvelle observation relative à la greffe d'os vivants. Il s'agit d'une greffe autoplastique pratiquée chez une jeune femme atteinte depuis son enfance d'une déformation nasale dite « nez en lorgnette. » Le sillon nasal fut comblé au moyen du quatrième métatarsien qui fut réséqué au cours de l'opération. Après trois semaines la greffe osseuse était complètement résorbée et à sa place existait un épaissement fibreux qui corrigeait la déformation.

M. Norragon fait connaître un nouveau mode de traitement de la pelade au moyen de la réfrigération avec le chlorure de méthyle.

Société médicale des Hôpitaux.—M. Troisième signale un cas de phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques. Huit jours après la guérison de l'angine, le malade avait pu reprendre son travail et presque immédiatement il éprouvait une vive douleur au niveau du creux poplité de la jambe droite. On constata tous les signes de la phlébite qui, en peu de temps, disparut sous l'influence du repos.

M. Marie présente deux malades atteints d'une affection qui n'a pas encore été décrite : Il s'agit d'une ankylose du rachis

avec soudure des articulations coxo-fémorales et à un moindre degré des articulations scapulo-humérales. Il propose de désigner cette affection sous le nom de *spondylose-rhizomélique*. La maladie débute par une très violente douleur au niveau du coccyx qui empêche les patients de s'asseoir ou de rester couchés sur le dos ; rapidement ensuite, cette douleur est suivie d'une ankylose du rachis à marche ascendante. L'étiologie de cette affection reste à déterminer.

M. Siradey a traité avec succès 9 cas de métrorrhagie grave et un cas d'épistaxis par l'application de tampons de sérum gélatinisé d'après le procédé de M. Carnot. C'est une solution aqueuse de sel marin à 7 p. 100 dans laquelle on fait dissoudre de 5 à 10 p. 100 de gélatine et qu'on stérilise ensuite. Au moment d'en faire usage, on liquéfie la masse solidifiée en plaçant dans l'eau chaude le flacon qui la renferme.

Société de Biologie. — M. Yvon donne l'explication des faits signalés antérieurement par MM. Luys et David et qui consistent dans la production des impressions plus ou moins régulières que l'on obtient sur une plaque au gélatino-bromure, immergée dans un bain révélateur, lorsque dans l'obscurité on applique la main soit sur la couche sensible, soit sur le verre. Ces impressions se traduisent par des stries, rectilignes ou curvilignes, qui émergent de la pulpe des doigts ou des parties saillantes de la paume de la main. Elles étaient attribuées par les auteurs précités à l'action des effluves magnétiques du fluide vital qui se dégageait de l'être vivant. M. Yvon démontre par une série d'expériences que ces impressions proviennent uniquement de la différence de température qui existe entre le bain et le corps déposé sur la plaque. On peut les obtenir avec un corps quelconque quelque soit sa nature. M. Yvon les a reproduites avec une main détachée du cadavre ; froide et rigide ; préalablement réchauffée ou non. Il n'y a donc aucune déduction physiologique à tirer des phénomènes observés dans ces conditions.

M. Opert signale la présence du micrococcus tétrogènes dans trois cas d'angines observées dans le service du professeur Dieulafoy et auxquelles ce dernier a donné le nom d'angines sableuses.

MM. Déjarine et Théohari présentent l'observation d'un malade qui démontre l'atrophie des os d'un côté paralysé dans l'hémiplégie de l'adulte. Cet arrêt de développement est bien connu dans l'hémiplégie centrale infantile et dans la poliomyélite aiguë de l'enfance ; mais il n'avait pas encore été signalé dans l'hémiplégie de l'adulte. Les présentateurs ont eu l'occasion d'ob-

server le malade en 1880, au début des accidents puis en 1885. A cette époque, l'hémiplégie datait de 19 ans, l'atrophie était considérable dans les muscles du membre supérieur droit, et l'atrophie osseuse très marquée.

LE CŒUR DANS LA FIEVRE TYPHOÏDE

Les complications cardiaques constituent dans la fièvre typhoïde une des principales causes de mort. On les rencontre, en effet, dans plus des deux tiers des autopsies. La péricardite soit sèche, soit avec épanchement, est rare. L'endocardite est également rare, et bon nombre d'observations anciennes doivent être rattachées à l'endocardite ulcéreuse à forme typhoïde ; l'infection dépend, en ce cas, non du bacille d'Eberth, mais du pneumocoque. La myocardite, au contraire, est d'une grande fréquence.

C'est surtout chez les surmenés, chez les obèses, chez les alcooliques, chez les malades atteints de cardiopathies antérieures, que l'on doit redouter la myocardite typhique. L'hyperthermie joue également dans sa production un rôle important, et par suite, le traitement par les bains froids peut avoir une action prophylactique réelle. Mais inversement, comme l'a bien montré Le Gendre, la méthode de Brand, trop rigoureuse, peut, chez des sujets nerveux, débiles (adolescents, jeunes femmes, cérébraux, surmenés) être une cause de complications cardiaques, surtout quand ces malades supportent péniblement les bains et entrent en révolte dès qu'on les y plonge. Peut-être alors s'agit-il de désordres fonctionnels de l'innervation cardiaque plutôt que de myocardite. Mais cliniquement, la dégénérescence du muscle et sa paresse par troubles nerveux se traduisent, à bien peu de choses près, par les mêmes accidents. Dans le second cas pourtant, le pronostic est un peu moins sombre ; la guérison peut survenir, remarquablement rapide et sans le moindre trouble ultérieur, dans des cas en apparence désespérés.



Les signes sthétoscopiques qui doivent appeler l'attention sur les complications cardiaques sont assez variables. Dans les formes graves, c'est souvent dès le début de la seconde semaine qu'on peut constater l'atténuation du premier bruit qui devient sourd et mal frappé. Cette atténuation peut même aller jusqu'à

la disparition complète. L'assourdissement du deuxième bruit, et surtout sa disparition sont plus rares. Mais les dédoublements sont assez fréquents. Coïncidant avec l'atténuation des bruits du cœur, Hayem a noté la mollesse du choc précordial remplacé par une vague ondulation.

Les souffles précèdent assez souvent l'assourdissement des bruits. Ils sont, en général, doux, variables, systoliques, à maximum siégeant un peu au-dessus de la pointe. Leur valeur est moindre que celle des troubles du rythme. Le rythme fœtal où les battements se succèdent comme le tic-tac d'une montre, est particulièrement important. Les intermittences offrent assez souvent ce caractère d'être régulières, rythmées, survenant par exemple, comme dans un cas d'Hayem, toutes les trois pulsations.

Le pouls qui, dans la fièvre typhoïde, est relativement lent par rapport à l'hyperthermie, s'accélère. Le danger commence dès qu'il atteint 120 pulsations. Un pouls accéléré, avec une température relativement basse, est une menace de collapsus cardiaque à brève échéance. Au lieu de rester ample et dépressible, le pouls devient petit et dur, irrégulier, intermittent.

Ces signes physiques ont d'autant plus d'importance que les troubles fonctionnels sont absolument défaut. Il n'y a ni douleur, ni palpitation. Tout au plus remarque-t-on que le malade est pâle, que ses lèvres, ses extrémités sont un peu froides et cyanosées. L'apparition d'un œdème, même léger, est un signe pronostique grave. Les sueurs visqueuses, froides, des extrémités, sont également de très mauvais augure. Souvent il suffit de faire asseoir le malade, de le remuer un peu brusquement, pour voir la pâleur augmenter, les sueurs apparaître ; l'instabilité du pouls, qui devient petit et incomptable dans ces changements de position, a également une signification très grande. On verra plus loin les précautions à prendre en pareil cas dans le traitement par la méthode de Brand, pour éviter ce que Chauffard a heureusement appelé « le choc balnéaire ».

Les typhiques aussi profondément atteints sont exposés aux syncopes. La mort peut survenir dès la première syncope, parfois seulement dès la deuxième et la troisième. Quand la syncope est complète, intense, prolongée, le pronostic est presque irrémédiablement fatal. Ces morts subites peuvent survenir même tardivement, en pleine convalescence apparente. Elles sont surtout à redouter vers la fin de la troisième semaine. Peut-être sont-elles plus fréquentes dans les formes moyennes où les précautions prises sont moins grandes.

Au lieu de mourir subitement, le typhique peut mourir lentement, graduellement, du fait du collapsus cardiaque. La stupeur, l'indifférence absolue à toutes les excitations sensorielles, le regard fixe et sans expression, avec une cornée déjà trouble et ternie, la cyanose, le refroidissement, les sueurs visqueuses des extrémités, l'excavation des yeux, la paralysie des sphincters, précèdent l'agonie et se confondent insensiblement avec elle. L'engouement et l'œdème du poumon sont souvent les accidents prédominants. Des coagulations intracardiaques peuvent aussi se former avant la mort et devenir l'origine d'embolies dans les artères des membres, la rate, les reins, plus rarement le cerveau.

* * *

Pour prévenir ces graves complications chez les sujets très robustes, très vigoureux, le meilleur moyen est la méthode de Brand dans toute sa rigueur. Chauffard porte le nombre des bains froids à dix par vingt quatre heures et les donne à 16 degrés. Pour mettre le cœur en état de résister au choc balnéaire, il conseille de pratiquer avant le bain, dans les cas graves, des injections sous-cutanées de spartéine et d'ergotine. Pour Siredey, l'application régulière et rigoureuse de la méthode de Brand constitue également l'un des plus sûrs moyens de réveiller la tonicité vasculaire quand elle commence à faiblir.

Chez les sujets très nerveux, très impressionnables, atteints d'affectio. cardiaque antérieure, Le Gendre, au contraire, a eu rarement à se louer des bains trop froids, surtout donnés d'emblée et trop fréquemment. Les accidents une fois réalisés, la balnéation qui, par les changements de positions auxquels elle oblige, expose à la syncope, lui paraît souvent dangereuse. Il préfère l'enveloppement par le drap mouillé.

C'est surtout vers la fin de la troisième semaine que cette règle d'éviter tous les mouvements brusques devient impérieuse. De grandes précautions sont nécessaires pour faire aller le malade à la garde-robe. Il importe qu'il soit maintenu dans le decubitus horizontal. En cas de stase pulmonaire, le malade sera couché soit sur le côté, soit sur le ventre. Cette position, employée dans le service de M. Duguet, est excellente et assez facilement acceptée. Mais il est mauvais de maintenir le malade assis, le tronc soulevé par plusieurs oreillers.

Si l'alimentation doit être exclusivement liquide, le choix des boissons offre, pour soutenir le rein, une réelle importance. Les alcooliques (champagnes, punch, vin chaud) sont d'autant

plus utiles qu'il existe bien souvent des habitudes d'alcoolisme antérieur. Le thé, le café constituent également de bons stimulants. Mais il faut de plus nourrir le malade. Si le lait, ce qui est malheureusement trop fréquent, est mal digéré, on insistera sur le bouillon dégraissé. On peut ajouter de temps à autre au bouillon une cuillerée à soupe de gelée de viande et même des peptones. Le lait écrémé, donné en très petite quantité, est souvent mieux toléré que le lait non écrémé par doses massives. A la fin de la troisième semaine les jaunes d'œuf délayés dans de l'eau ou du lait et aromatisés seront également utiles.

Stoker a recommandé la potion suivante, assez agréable au goût :

Jaunes d'œuf	n° 2.
Cognac.....	50 gr.
Eau de fleur d'oranger.....	120 gr.
Sirop simple	30 gr.

Par cuillerées à bouche.

Dès qu'apparaissent les premiers troubles cardiaques, Le Gendre recommande d'employer en injections sous-cutanées les principaux stimulants du cœur : éther, caféine, spartéine, huile camphrée. Le mieux est de varier les stimulants. Voici les formules de la spartéine et de l'huile camphrée :

1° Spartéine.....	0,50 centigr.
Eau bouillie.....	10 gr.

Deux à trois seringues de Pravaz par vingt-quatre heures.

2° Camphre.....	1 gr.
Huile d'Olive stérilisée.....	10 gr.

Quatre à six injections par jour.

Dans un cas particulièrement grave, avec hyperthermie excessive et série de syncopes, Demange a réussi à relever le pouls et le cœur par l'injection sous-cutanée d'un gramme d'ergotine.

Les frictions alcooliques sur les membres, l'enveloppement des extrémités avec de la flanelle imbibée d'eau très chaude et recouverte d'un taffetas gommé, sont également utiles dans le collapsus. La révulsion sur le cœur a son utilité, surtout dans les cas rares de péricardite. L'application en permanence d'une vessie de glace sur la région précordiale est un moyen, employé très souvent par Erb, et particulièrement utile en cas de tachycardie.

D^r F. PLICQUE.

NOTES DIVERSES

Montréal est enfin débarrassée de la picote.

Trop fumer affecte surtout la vision, trop chiquer la digestion.

La Strychnine est contre-indiquée quand la tension artérielle est élevée.

La toux réflexe chez les enfants, est le plus souvent due à des tumeurs adénoïdes.

Le conseil de ville est entré en possession de l'hôpital civique. Il était temps.

La carse la plus fréquente de l'arthritisme chez les enfants est l'autointoxication.

On assure que le sérum contre la peste de Yersin s'est montré très efficace à Bombay.

The Canadian Journal of Medecine dit qu'il y a eu un cas de picote à Toronto.

Heidenhain, le célèbre physiologiste de Breslau, vient de mourir à l'âge de 63 ans.

Il règne actuellement une épidémie sérieuse de fièvre scarlatine dans le New Jersey.

L'usage immodéré du tabac peut déterminer des bourdonnements d'oreilles et même la surdité.

Le prince de Bismarck souffre d'une hydropisie quelconque qui a nécessité des scarifications aux pieds.

Le fonds du Prince of Wales Jubilee Hospital, s'élève aujourd'hui à près d'un million de dollars.

Le roi de Suède vient de donner 2,000 000 de kronas pour l'érection d'un hôpital pour les tuberculeux.

On annonce que le docteur Léopold Muller, de l'Université de Vienne, a découvert le bacille du trichôme.

Reginald Harrison rapporte dans le Medical Record quelques cas d'albuminurie guéris par la ponction du rein.

Le docteur J. S. Spencer, bactériologiste de San Francisco, dit avoir découvert des bacilles de la tuberculose dans les cigares.

On dit que les médecins de Chicago sont anxieux de savoir si le congrès Médical International se réunira dans leur ville en 1903.

Les médecins de Moscou se vantent d'avoir établi une société médicale en 1804. La société médicale du Maryland existait déjà en 1798.

Nous avons eu quelques cas isolés de diphtéries depuis un certain temps, mais grâce au sérum de Roux, tous se sont terminés heureusement.

Comme notre hôpital civique est aujourd'hui fermé, on a dû placer dans une maison isolée du bas de la ville, un malade atteint de la picote, ces jours derniers.

Buckley dit avoir obtenu d'excellents résultats en administrant l'ichthyol, à la dose de 10 grains après chaque repas, dans le cas d'hémorroïdes récurrentes.

Il existe dans la Pennsylvanie un petit village nommé Friendsville, qui compte au-delà de 70 personnes âgées de plus de 90 ans, sur une population de 135 habitants.

Si un enfant est pris de douleurs violentes confinées à un seul côté de l'abdomen, se répétant de temps en temps, soudainement, on peut presque toujours assurer qu'elles sont causées par des vers intestinaux.

Une solution à vingt pour cent de Menthol dans l'huile d'olive, donnée à la dose de dix gouttes quand les nausées apparaissent, empêche presque invariablement la femme enceinte de vomir. On répète la dose au besoin.

Le docteur Chalmere, de Chicago, affirme que l'application dans l'œil d'une goutte de solution d'hydrobromate d'hyosciamine, contenant un grain à l'once, arrête pour plusieurs heures le tremblement de la paralysie agitante.

Un projet de loi est actuellement soumis à la législature du Kansas, pour la prohibition de la vente de tout remède patenté dont la formule ne sera pas publiée et approuvée par le bureau de santé de l'État. Une forte taxe est en outre attachée à la vente de ces préparations.

Le docteur J. C. Rosse, de Washington, D. C., croit si peu à l'existence de l'hydrophobie, dit le Texas Medical Practitioner, qu'il offre sous sa signature cent dollars à quiconque lui fera voir un cas authentique de rage, soit chez l'homme, soit chez le chien.

Un acte (bill) vient d'être introduit dans la législation du Kansas, ordonnant que tout homme convaincu de viol, tout ministre de la religion, ou maître d'école, convaincu d'avoir abusé d'une fille de moins de 18 ans, sera emprisonné pour 5 ou 20 ans et castré un an après son incarcération.

Le docteur F. C. Caley, de New Castle, assure avoir guéri des névralgies dentaires atroces, dans l'espace de quelques minutes avec une seule dose de deux grains d'exalgine en solution alcoolique. On sait qu'un drachme d'alcool rectifié dissout vingt grains d'exalgine, et que celle-ci ne se précipite pas par l'addition d'une certaine quantité d'eau. Nous avons nous-même obtenu un succès brillant avec la même préparation, dans un cas de névralgie faciale, contre lequel les autres analgésiques avaient échoué.

M. le docteur Lainé (de la Martinique) vante les bons effets que la chaise berceuse exerce chez les sujets atteints d'atonie de l'estomac. En se livrant après les repas à ses oscillations douces et régulières, qui stimulent le péristaltisme gastro-intestinal, les personnes dont les fonctions digestives sont d'habitude lentes et paresseuses éprouvent un soulagement notable. Le choix de la chaise a son importance : elle doit être très mobile, afin de pouvoir être mise en mouvement sans effort, et assez inclinée sur son axe pour que le malade soit placé dans un décubitus presque horizontal.

STATISTIQUE DE L'ANESTHÉSIE

Cette statistique compte maintenant 330,429 cas d'anesthésie avec 136 décès. C'est toujours l'éther, et surtout l'éther et le chloroforme combinés qui paraissent constituer le meilleur mode d'anesthésie. Voici d'ailleurs les chiffres donnés par M. Gurit.

Chloroforme : 240,806 narcoses, avec 116 décès (1 pour 2075)
 — Ether : 56,223 narcoses, avec 11 décès (1 pour 5,112)—Chloroforme et éther associés : 15,226 narcoses avec 2 décès (1 pour 7,615) — Mélange de bilroth : 6740 narcoses avec 2 décès (1 pour 3,370) — Bromure d'éthyle : 10,793 narcoses avec 2 décès (1 pour 5,396)—Pental : 631 narcoses avec 3 décès (1 pour 310).

Il ressort de ces statistiques que le chloroforme continu à jouir de la préférence des chirurgiens, quoique la mortalité causée par son emploi soit deux fois plus élevée que celle causée par l'emploi de l'éther, et trois fois plus élevée que celle causée par le chloroforme et l'éther associés.—(*Bulletin Médical*).