

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Accouchement gémellaire avant-terme compliqué d'hydramnios. Malformations foétales.

Le 23 octobre 1899, je fus appelé, à 4 milles de chez moi, vers 3 heures p. m., auprès d'une femme multipare qui était en travail depuis deux jours.

Rendu auprès de cette parturiente, je constatai un développement considérable de l'abdomen, et, par mon interrogatoire, j'appris que le ventre avait commencé à se développer vers le cinquième mois de la gestation. Elle était à son sixième mois et demi de grossesse. Je pensai tout de suite à une grossesse double et par le palper je constatai que le fond de l'utérus atteignait presque l'appendice ensiforme. Je sentis trois pôles foétaux, un sommet fortement engagé, en position gauche, puis le dos et le siège, à gauche ; à droite : un siège dans la fosse iliaque, un plan résistant et la seconde tête. Deux foyers d'auscultation en rapport avec ce que m'avait donné le palper confirmèrent mon diagnostic, et j'en fis part à la famille.

Depuis dix jours elle éprouvait des douleurs, de la difficulté à marcher et ne pouvait dormir que dans une position demi-assise. La position horizontale lui occasionnait une dyspnée allant jusqu'à la suffocation.

Après antiseptie des mains, je pratiquai le toucher. La dilatation du col était de la grandeur de 50 centins, et la poche des eaux intacte. Une tête se présentait en O. I. G. A.

Deux heures après mon arrivée, en pratiquant de nouveau le toucher, je constatai que la dilatation n'était pas plus avancée malgré des tranchées soutenues et fréquentes. Je fis la dilatation digitale suivant la méthode Bonard et dans quatre tranchées la dilatation fut complète. Je rupturai les membranes et il sortit une si grande quantité de liquide amniotique que j'en fus un peu surpris. Je modérai l'écoulement avec la main fermée. Il y eut un calme de quatre à cinq minutes et les tranchées reprirent avec une nouvelle vigueur et un fœtus fut expulsé avec force ; il me passa dans les mains comme une balle. C'était un garçon. Je n'eus pas le temps de ligaturer le cordon, lorsqu'une seconde tranchée aussi forte que la précédente me fit constater une seconde poche des eaux que je rupturai avec

misère Cette seconde poche ne contenait qu'une quantité ordinaire de liquide. Le second fœtus aussi du sexe masculin se présentait par les pieds et fut expulsé aussi rapidement que le premier.

J'étais en frais de ligaturer les cordons lorsqu'une forte tranchée amena l'expulsion spontanée du placenta. Je fis des frictions sur le fond de l'utérus parce que je redoutais quelque hémorragie et j'administrai une forte dose d'ergot. Les suites de couches furent des plus normales.

Le premier enfant vécut quarante-cinq minutes et le second une heure.

Les fœtus étaient d'une bonne grosseur; ils pesaient $4\frac{1}{2}$ et 5 livres chacun. En les surveillant pour constater combien de temps ils allaient vivre, je m'aperçus que l'un deux avait l'avant bràs à angle droit avec le bras. J'en cherchai la cause et je découvris que le tendon du biceps s'insérait à peu près vers l'union du tiers supérieur au tiers moyen du radius et le biceps inséré aussi bas était trop court pour permettre l'extension de l'avant-bras.

L'entourage me demanda la couleur des yeux de ces jumeaux, et je voulu entrouvrir les paupières des nouveaux-nés, mais nenni ! Il y avait soudure complète des paupières supérieures et inférieures chez les deux. Une ligne légèrement brunâtre marquait l'endroit de leur union. Il y avait ankyloblépharon total.

Le second fœtus avait deux pieds bots varus équin.

Je crois que je pourrai pratiquer l'art des accouchements pendant bien longtemps sans recontrer un cas présentant comme celui-ci de semblables difformités fœtales.

L'ydramnios compliqué, ou ce qui est mieux, accompagne très souvent la grossesse multiple. Cette hydropisie la plupart du temps n'atteint qu'un seul œuf, comme dans mon observation.

La ligature du bout placentaire du cordon chez le premier enfant est tout à fait inutile, d'après Pinard, pour la bonne raison que chaque placenta a sa circulation propre.

Ces quelques notes pourront peut-être intéresser quelques-uns de vos lecteurs.

J. R. CHRÉTIEN, M. D.

St-Frédéric, Beauce,
1er mai 1900.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Étude sur le réflexe respiratoire, durée de la survie post-mortem de ses éléments fonctionnels.

M. LABORDE termine l'exposé de ses recherches expérimentales et cliniques par les conclusions suivantes :

La mort extérieure, objective de l'organisme, constituée par la suspension des manifestations fonctionnelles extérieures, notamment de la fonction cardio-respiratoire la plus essentielle à la vie, n'est pas la mort achevée, définitive ;

Tandis que l'organisme a cessé de vivre en dehors, il vit encore en dedans, c'est-à-dire que la vie continue, d'une façon latente, par la persistance des propriétés fonctionnelles inhérentes aux éléments et aux tissus organiques ; persistance qui peut être utilisée pour la ranimation de la vie totale ;

La limite maxima de cette persistance, en fonction de temps, est, en moyenne, de trois heures après la mort extérieure ;

D'où il résulte que la mort apparente, physiologiquement conçue et définie, réside dans cette durée fonctionnelle, latente des propriétés des tissus et des éléments organiques, et que sa durée est, en moyenne, de trois heures, pendant lesquelles peut être réalisé le rappel à la vie du cadavre apparent, par un moyen approprié et suffisamment puissant ;

Ce moyen le mieux approprié et le plus puissant de tous—ainsi que la démonstration en est faite, d'ores et déjà, tant par les faits expérimentaux que par les faits pratiques—est le procédé des tractions rythmées de la langue ; procédé d'ordre essentiellement physiologique, basé sur la détermination et l'étude d'un phénomène biologique fondamental : le réflexe cardio-respiratoire, lequel constitue la fonction primordiale de la vie.

L'application systématisée de ce procédé ne réalise pas seulement le moyen le plus efficace de ranimation de la fonction cardio-respiratoire, et par suite de la vie, dans toutes les conditions d'asphyxie et de mort apparente ; il constitue, de plus, par son action négative, c'est-à-dire par son emploi infructueux pendant la période moyenne de trois heures après la mort objective, et au-delà, un signe certain de la mort réelle ;

Le procédé des tractions rythmées de la langue transformé en procédé mécanique automatique, grâce à un appareil approprié, fournit le signe automatique certain de la mort réelle ; signe accessible à tous, et conséquemment réalisé dans les meilleures conditions de vulgarisation ; en même temps qu'il constitue du même coup, et solidairement, le moyen le plus efficace de ranimation, de véritable résurrection, toutes les fois qu'elles sont possibles ;

Etant donnée la détermination, à la fois expérimentale et pratique, de la limite maxima de la persistance latente des propriétés fonctionnelles qui constituent la mort apparente et le substratum organique et fonctionnel de la ranimation en question, et cette limite étant en moyenne de trois heures, le tracteur automatique de la langue doit, en conséquence, continuer à fonctionner sur le cadavre apparent, et à partir du moment le plus rapproché de la mort extérieure ou objective, au moins pendant trois heures ;

Et afin d'assurer, sans le moindre doute possible, à la fois la certitude de la mort et l'impossibilité confirmée de la ranimation provoquée, cette continuation de fonctionnement pourra et devra être réalisée au-delà de la limite en question, soit en doublant, ou même en triplant facultativement cette durée.

Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie

Par le DR LOUIS BEURNIER, *chirurgien des hôpitaux.*

La colite muco-membraneuse est devenue depuis quelque temps à l'ordre du jour et a été l'objet de nombreuses discussions tant au point de vue de sa pathogénie qu'à celui de son traitement. Aussi, je tiens à présenter ici le résumé des opinions que j'ai pu me faire au sujet de cette affection d'après sept malades que j'ai eu à soigner, dans la clientèle, bien entendu. Je dis bien entendu, parce que, en effet, il est absolument exceptionnel pour nous d'avoir à observer ces sortes de malades à l'hôpital, car ils entrent en général dans les services de médecine, où, d'ailleurs, on ne peut, par conséquent, pas les suivre.

De plus, j'ai été appelé auprès de cinq de ces malades pour des accidents purement chirurgicaux, survenus au cours de la colite muco-membraneuse, et sur le caractère desquels je crois fort utile d'insister.

Les auteurs ont émis des opinions un peu différentes à propos de l'étiologie de la colite muco-membraneuse ; mais tous ont semblé d'accord sur ce point, que les malades qui en sont atteints sont des névropathes. Je suis absolument de cet avis, et j'ai observé un état névropathique ancien, invétéré, chez tous mes malades.

Tous aussi étaient arthritiques ; mais le point sur lequel j'insiste et qui était constant est que j'avais affaire à de vieux dyspeptiques, des dyspeptiques datant de l'enfance ou de l'adolescence.

D'ailleurs, tous ces états pathologiques ne vont-ils pas admirablement ensemble comme par une sorte d'enchaînement, sinon forcé, au moins fréquent ? Arthritisme, névropathie, dyspepsie, tels sont les anneaux de la chaîne à laquelle étaient rivés tous nos patients.

Quant aux théories, je laisse aux médecins le soin de les élucider et je ne dirai à ce propos que quelques mots. Il est évident que la colite muco-membraneuse, est constituée par la coagulation, à la surface de l'intestin de produits sécrétoires d'abondance anormale et excessive et probablement de qualité modifiée. Donc deux manifestations bien différentes : exagération des sécrétions et coagulation de ces produits. Un seul de ces éléments ne suffirait pas pour créer la maladie. En effet, l'hyper-sécrétion de la muqueuse intestinale se manifeste dans bien des états pathologiques différents, sans que pour cela il y ait colite-membraneuse. N'a pas qui veut cette affection. Il faut, pour qu'elle se produise, qu'il y ait coagulation. Quant à cette coagulation, d'où peut-elle venir ? Evidemment d'un trouble nerveux, qui va parfaitement avec les états généraux que nous avons signalés.

On a dit que tous les sujets atteints de colite muco-membraneuse présentaient des lésions des annexes. Ici, il faut s'entendre. D'abord, bien que les femmes soient, dit-on, plus souvent en proie à cette maladie que les hommes, il faut reconnaître qu'elle n'épargne pas le sexe masculin ; et, pour ma part, je ne sais si j'ai rencontré une série exceptionnelle ; mais, sur mes sept malades, cinq étaient des hommes. Quant aux lésions des annexes elle-mêmes, elles peuvent être de deux sortes : ou des annexites vraiment chirurgicales, suppurées ou séreuses, et il me semble bien difficile d'affirmer qu'une malade atteinte de colite muco-membraneuse présente forcément cette affection, ou cette lésion spéciale connue sous le nom d'ovaires scléro-kystiques, douloureux ou névralgiques. Ici, j'accepte volontiers l'idée émise plus haut, car l'existence d'ovaires scléro-kystiques est fréquente chez les sujets entachés des diathèses névropathiques ou

arthritiques. C'est un anneau de plus à la chaîne, et je l'y attache avec plaisir.

A propos des symptômes, la constipation a été bien indiquée, mais je tiens à insister sur quelques caractères des évacuations intestinales. Tous les malades atteints de colite muco-membraneuse ne présentent pas les signes d'une constipation permanente. Il y en a de nombreux, c'est même l'immense majorité, qui ont des alternatives de constipation et de diarrhée; notamment de suite après les repas, ils ont un besoin subit d'aller à la selle et cette selle est diarrhémique. Quant aux selles normales, elles ne se font le plus souvent qu'à l'aide de lavements, et il y a toujours coprostase. On peut donc dire qu'à côté des vrais constipés il y a ce qu'on pourrait appeler les irréguliers de la défécation.

Les gaz sont toujours en extrême abondance, quelle que soit l'alimentation, et il est facile de s'en rendre compte en palpant et percutant le gros intestin et surtout le cœcum. En effet, les gaz se forment toujours à ce niveau; de là ils suivent le trajet en fer à cheval du gros intestin, et le malade a la sensation nette et précise de ce voyage à toutes ses étapes.

Il en est de même des douleurs qui suivent absolument la marche des gaz, c'est-à-dire qui prennent toujours naissance au niveau du cœcum et s'irradient de là vers le colon descendant, sans s'y fixer, mais en restant toujours au point de début avec son maximum d'intensité.

Quant aux phénomènes d'obstruction signalés par certains auteurs, je ne les ai jamais observés.

La particularité chirurgicale sur laquelle je veux attirer l'attention est l'apparition de l'appendicite au cours de la colite muco-membraneuse.

Cette appendicite peut revêtir deux formes. Elle peut être l'appendicite aiguë que tous les chirurgiens connaissent, se manifestant à grand fracas avec ses symptômes et ses dangers ordinaires. Celle-là, je n'y insiste pas; elle n'a absolument rien de spéciale ici. Dans d'autres cas, chez un malade atteint de colite muco-membraneuse, depuis un temps plus ou moins long, quelques mois en général, survient une douleur sourde, peu intense, au lieu d'élection de la douleur appendiculaire. Cette douleur est augmentée par la pression en ce point précis; elle s'accompagne de quelques irradiations, le long du cordon et jusque dans la direction de la hanche, mais à part cela, elle reste parfaitement localisée. Elle se développe peu à peu, sournoisement, et n'arrive jamais à être vraiment aiguë. Tous ces caractères nous mènent bien loin de la douleur vive, caractéris

tique de l'appendicite ordinaire. Avec quelques jours de repos, un peu d'opium et, au besoin, quelques cataplasmes laudanisés, tout disparaît.

Cette seconde forme, très particulière, nous paraît bien plus fréquente que la forme aiguë, si nous nous reportons à nos observations. En effet, sur les cinq malades auprès desquels nous avons été appelé comme chirurgien, un seul avait une appendicite franche, ordinaire ; les quatre autres avaient la forme sourde, subaiguë, dont nous venons de parler. Dans deux de ces cas, l'attaque ne se renouvela pas, dans le troisième il y eut un second accès, à quelques semaines d'intervalle, mais encore plus atténué que le premier ; dans le quatrième, un troisième accès fut tellement léger qu'il aurait passé presque inaperçu sans le souvenir des deux premiers.

On peut se demander à propos de l'apparition de l'appendicite chez les malades atteints de colite muco-membraneuse, laquelle de ces deux affections a précédé l'autre. En effet, certains viennent nous dire que la colite muco-membraneuse n'est que le résultat, probablement réflexe, d'un état latent d'inflammation de l'appendicite. Cela est possible mais il me semble que c'est là une affirmation toute gratuite et plutôt une impression que la constatation d'un fait. On peut tout aussi bien estimer que les lésions muqueuses primitivement développées dans le cœcum et le colon ascendant se sont propagées à l'appendice et que cette propagation a donné lieu à ces phénomènes tout à fait particuliers que je viens de signaler au niveau de cette organe et qui ne ressemblent en rien à l'appendicite vraiment chirurgicale que nous connaissons. Bien qu'il soit impossible de rien affirmer à cet égard, je serais plutôt porté à admettre cette dernière hypothèse, d'autant plus que les antécédents, minutieusement fouillés, ne m'ont jamais fait découvrir aucun passé appendiculaire chez mes malades.

Je n'ajouterai que quelques mots au sujet du traitement. Comme tous les auteurs, je n'ai aucune confiance, pour le cas particulier, dans les anti-septiques intestinaux. Tout au plus est-il utile d'administrer aux malades quelques absorbants des gaz de l'intestin.

Quant au régime, j'y attache la plus grande importance et je l'ai toujours vu être un élément nécessaire du traitement. La meilleure preuve en est que, tant que la guérison n'était pas absolument complète, le malade, s'il venait à modifier en quoi que ce soit l'alimentation prescrite, était de suite victime de son imprudence et obligé de revenir à son régime.

Ce régime est indiqué partout et je n'insiste pas : viandes râpées, purées, etc... L'opium m'a paru utile à administrer de temps en temps,

lorsque les douleurs résultent de la production et de la circulation des gaz développé dans l'intestin.

J'insiste surtout sur l'entéroclyse, les douches ascendantes, qui sont nécessaires, et je signale les bons effets que j'ai obtenus chez les malades envoyés à Plombières, où ce traitement est parfaitement appliqué.

Enfin, le point de vue qui me regarde surtout, c'est le traitement de l'appendicite chez ces malades. Si l'appendicite est aiguë franche, il faut intervenir dans les conditions ordinaires, et pas n'est besoin de revenir sur ce sujet qui a été amplement traité partout. Mais, dans les cas d'appendicite sourde, que convient-il de faire ? Chez les malades que j'ai observés, il n'a pu être, à aucun moment, question d'intervenir chirurgicalement. Un repos de quelques jours, des cataplasmes, l'onguent napolitain en couche épaisse ont suffi pour éteindre la menace bien anodine d'incendie. —Lorsqu'il y a eu des récidives, elles étaient de plus en plus légères, et plus rien n'a plus reparu depuis la guérison de la colite muco-membraneuse. Bien entendu, je ne nie pas qu'il puisse se produire des circonstances où l'opération est indiquée, car il y a, non pas des maladies, mais des malades, et il est impossible de poser des principes absolus sans exceptions. Tout ce que je puis dire, c'est que, dans quatre observations, rien n'eût autorisé à la proposer.

Dans la cinquième, l'intervention a été réalisée, mais dans des circonstances un peu spéciales, dont je tiens à dire quelques mots, en terminant. En effet, il arrive assez fréquemment que, chez les malades atteints de colite muco-membraneuse, le gros intestin, chroniquement enflammé dans toute son épaisseur, contracte des adhérences étroites avec l'épiploon, qui finit par être complètement fusionné avec lui. De là, tiraillements et douleurs pendant les mouvements et la marche, et impossibilité absolue de vaquer aux occupations ordinaires ou professionnelles. C'est dans ces circonstances que l'intervention s'est imposée, chez un de mes malades et cependant toute trace d'appendicite était depuis longtemps éteinte. L'appendice fut d'ailleurs trouvé sain à la vue et à l'examen microscopique. Tous les troubles étaient dus à la fusion absolue de l'épiploon avec le gros intestin, soudure qui s'étendait à toute la hauteur du colon ascendant. C'est là une indication toute spéciale, à laquelle on peut être obligé d'obéir dans certains cas.

CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES

Le traitement de la grippe.

Opinion de G. LEMOINE, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

Vous me demandez quel est le mode de traitement dont je me sers contre la grippe épidémique. Je vous répondrai d'abord que j'emploie le traitement de tout le monde, dans l'immense majorité des cas ; si je me sers de quelques méthodes particulières, c'est seulement dans des cas bien déterminés.

J'ai renoncé à me servir de la quinine, car je n'ai jamais eu de résultat net avec elle ; elle n'a d'action ni sur la fièvre, ni sur le système nerveux ; elle ne remonte pas les malades, et ne diminue pas l'infection. Je lui préfère sans contredit l'antipyrine, surtout dans la grippe banale, où la dépression nerveuse et une fièvre assez élevée sont de règle. Je la donne de préférence à doses faibles mais souvent répétées, par exemple de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 toutes les six heures.

Comme tout le monde, je redoute beaucoup les congestions pulmonaires grippales ; leur gravité est connue de tous, et il faut agir vigoureusement quand on veut les voir évoluer vers la guérison. Contre elles, j'emploie avec succès le traitement par les bains tièdes, que j'ai préconisé contre les maladies graves des voies respiratoires, en même temps que mon maître, le professeur Renaut, de Lyon. J'applique ces bains avec la même méthode que Brand pour les bains froids dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de trois en trois heures ou de deux en deux heures suivant la gravité du cas ; je les donne à 34 ou 35° et pendant une durée de dix minutes. Chez les enfants, la guérison est la règle. Chez les adultes, j'applique le même traitement sans hésiter tant que le sujet ne dépasse pas la cinquantaine. Et là encore la mortalité est l'exception. Si malgré les bains, la congestion persiste menaçante, je fais des applications répétées de sangsues sans me laisser arrêter par la crainte d'anémier le malade ; il m'est même arrivé dans des cas impérieux de mettre le malade au bain aussitôt après une application de sangsues. Contre ces congestions, je fais peu de fond

sur le traitement interne et je ne donne guère que de la caféine comme soutien du cœur.

Dans la *grippe à forme cardiaque*, caractérisée par de l'arythmie, et qui est due vraisemblablement à une parésie d'origine infectieuse du pneumo-gastrique, il m'arrive souvent d'employer la morphine et de réussir là où les médicaments cardiaques, caféine ou autres avaient échoué. Je la donne en injections sous-cutanées d'un demi centigramme chacune, répétées de 2 à 4 fois en vingt-quatre heures. Je suppose que la morphine agit en provoquant un appel sanguin vers les centres nerveux et en activant leur fonctionnement. Elle a ici les mêmes effets heureux que lorsqu'on l'emploie au cours des affections de l'orifice aortique, surtout quand il y a de l'anémie cérébrale et que la syncope menace. Par elle, j'obtiens souvent très vite le relèvement et la régularisation du pouls et je fais disparaître l'angoisse si pénible à ces malades.

Souvent aussi, dans la forme cardiaque, je fais placer sur le cœur une vessie de glace ou des compresses trempées dans de l'eau glacée. Cette médication agit sans doute, comme toutes les médications révulsives faites au niveau du cœur en provoquant des phénomènes réflexes qui retentissent heureusement sur l'innervation du cœur.

Il est encore une forme de grippe intéressante. C'est celle que je désigne sous le nom de *grippe pulmonaire prolongée*. Elle est caractérisée par une longue durée, variable de plusieurs semaines à plusieurs mois et par son allure clinique qui est sous la dépendance soit de la splénisation d'un bloc pulmonaire, soit de la formation de cavernes qui ne sont en réalité que des dilatations bronchiques produites en peu de temps par la grippe. Cette forme simule à s'y méprendre la tuberculose, d'autant plus qu'elle s'accompagne souvent d'une légère fièvre continue et du dépérissement du sujet. Le diagnostic ne peut être fait qu'approximativement par l'examen des crachats. Je ne connais qu'un seul médicament réellement efficace dans ce cas là, mais les résultats sont quelquefois merveilleux par leur rapidité : c'est l'*acide salicylique*. Il faut le donner pour un adulte matin et soir à la dose de 0 gr. 50 par exemple :

Cachet :

Acide salicylique.....	0 gr. 50.
Benzoate de soude.....	0 — 30

Avoir soin de faire prendre ces cachets avec du lait pour ne pas irriter l'estomac. Quand celui-ci est fatigué, on met ce médicament en suppositoires pris, eux aussi, matin et soir.

Quand il s'agit de *splénisation prolongée avec fièvre*, on voit cette dernière tomber parfois en quelques jours-en même temps que l'état général s'améliore ; la splénisation disparaît progressivement et plus tard, lorsque le malade a déjà repris son état normal.

Quand on a affaire aux *dilatations bronchiques grippales* simulant des cavernes, j'emploie encore l'acide salicylique de la même façon, ou bien, lorsqu'il y a expectoration abondante, je donne du salol, qui me paraît sécher plus vite le catarrhe, à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Quand les reins sont sains, cette médication salicylée peut être faite pendant huit à seize jours consécutifs. De toutes façons, il est bon de la suspendre de temps en temps pour la reprendre ensuite.

La quinine, ni l'antipyrine ne m'ont jamais rendu de service dans cette forme.

Traitement de la Colique Saturnine.

(par le DR A. DELÉARDE de l'Institut Pasteur de Lille).

Ces remarques ont trait surtout aux coliques non traitées, la thérapeutique peut soulager les malades et diminuer dans de fortes proportions la durée de leurs souffrances.

Avant d'exposer le traitement médicamenteux de la colique saturnine, nous devons étudier le traitement prophylactique et donner un aperçu très succinct des règles hygiéniques auxquelles les ouvriers devraient se soumettre pour éviter les accidents.

Des règlements élaborés par les Conseils d'Hygiène ont été appliqués dans les fabriques de céruse et, malgré le peu de souci des ouvriers ou des patrons à les suivre exactement, le nombre des ouvriers atteints de colique saturnine a diminué dans de bonnes proportions. Il faut tenir compte également des progrès industriels fait dans la fabrication de la céruse, progrès qui ont permis de remplacer le travail manuel par des machines et de supprimer ainsi des postes dangereux.

C'est ainsi qu'il est recommandé aux ouvriers de se laver les mains avant de quitter l'usine ; ils ont à leur disposition dans la journée une ration de lait et des bains dans lesquels, par un lavage complet du corps, ils peuvent se débarrasser des poussières dont ils sont couverts. Il leur est défendu de conserver au dehors les vêtements qu'ils portent dans l'usine.

ils doivent les quitter après le travail. Ces préceptes régulièrement suivis sont excellents et sont capables de diminuer les chances d'empoisonnement; mais ils n'arrivent pas à la supprimer, car les ouvriers négligent à tort les causes adjuvantes de l'intoxication. Nous avons vu plus haut combien l'alcoolisme tenait parmi ces dernières une place importante. N'a-t-on pas remarqué depuis longtemps que les symptômes de la colique de plomb survenaient, dans la majorité des cas, après un excès de boisson? Il en est de même du froid et du surmenage. On voit donc qu'il est souvent possible de se mettre à l'abri des accidents dus à l'intoxication par le plomb, et en particulier de la colique saturnine, en s'entourant de certaines précautions qui sont bonnes pour tous ceux qui manient ce métal, sous quelque forme ou combinaison que ce soit.

Le traitement symptomatique de la colique de plomb poursuivra deux buts : le soulagement à la douleur et l'élimination du plomb ou sa fixation à l'état de sel insoluble et, par conséquent, inoffensif pour l'économie.

Les substances médicamenteuses qui calment les douleurs sont très nombreuses. La plus fréquemment employée est l'opium, que l'on administre sous forme d'extrait, en pilules, à la dose de 30 à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures. On a le plus souvent recours à la morphine en injections sous cutanées, dont l'action est plus rapide et plus sûre, surtout s'il existe des vomissements qui rejettent une partie des médicaments absorbés. La méthode dite lyonnaise consiste à donner aux malades de la belladone en pilules (10 centigrammes d'extrait en pilules de 1 à 2 centigrammes, une toutes les deux heures) et en frictions sur l'abdomen avec une pommade belladonnée (4 grammes d'extrait pour 30 grammes d'axonge); ce traitement, selon Boudet, calme les douleurs, rétablit les gardes-robes et facilite le retour normal et régulier des différentes fonctions.

L'antipyrine, recommandée par Devic, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, serait excellente dans la colique de moyenne intensité; la douleur disparaît entre le deuxième et le troisième jour, et la constipation cesse peu à peu.

L'éther, en pulvérisation sur l'abdomen (Moutard-Martin) ou en injections dans le rectum aurait donné de bons résultats.

Le chloroforme en lavement ou en potion depuis 1 goutte jusqu'à 5 grammes dans les cas rebelles, et le choral (Aran) à la dose de 2 à 4 grammes, ont été également préconisés.

Toute la série des révulsifs a été employée comme dérivatif de la douleur. Briquet recommandait la faradisation de la peau du ventre et des muscles droit de l'abdomen à l'aide du pinceau électrique : au bout de deux à quatre minutes d'application, la colique cesse généralement pour un temps variable, mais cette pratique est très douloureuse.

L'application de teinture d'iode ou la sinapisation donne d'excellents résultats ; c'était la méthode employée exclusivement par Wannebroucq.

Les larges cataplasmes laudanisés, appliqués sur le ventre, soulagent la douleur et sont d'excellents adjuvants aux autres traitements.

En tête de la méthode évacuante, on doit placer le vieux traitement dit de la Charité, dont la durée était de sept jours ; nous n'en reproduirons pas en détail les prescriptions, elles n'offrent qu'un intérêt historique : on se sert maintenant de procédés plus simples et plus rapidement efficaces.

Les purgatifs ordinaires, sulfate de soude et de magnésie, huile de ricin, eau-de vie allemande, l'huile de croton, n à m gouttes en pilules ou dans une cuillerée à soupe de tisane (Tanquerelles et Grisolle) en provoquant des selles abondantes favorisent l'élimination du plomb par l'intestin.

Weil, qui a préconisé l'huile d'olive dans le traitement de la colique hépatique, l'a recommandée également dans celui de la colique saturnine. Il y a deux façons d'administrer l'huile : le malade peut en absorber une seule dose de 200 grammes, ou bien prendre chaque matin, à jeun, une quantité moindre, 50 grammes environ. L'huile agit comme purgatif doux.

Labadie-Lagrave recommande le lavement électrique, qui fait rapidement cesser la constipation. Les premières selles surviennent quelquefois pendant la séance d'électrisation galvanique.

Semmola emploie le courant constant. Peyron a expérimenté le monosulfure de sodium et a remarqué que ce médicament augmentait l'élimination par le rein ; en débarrassant l'organisme du plomb qui l'imprègne, cet auteur fait disparaître les symptômes d'intoxication, et en particulier la colique saturnine. La dose à employer est de 30 à 40 centigrammes par jour, que l'on peut donner en pilules ou en solution glycerinée.

Je préconise depuis 1898 le sérum artificiel dans le traitement de la colique saturnine. A la dose de 50^{cc} sous la peau du ventre, la solution salée physiologique fait disparaître la douleur en quelques heures, en moyenne cinq à six ; après l'injection et le lendemain, les malades ont plusieurs selles liquides. Il est intéressant de noter que toute l'action du

sérum se porte sur l'intestin, car malgré la quantité assez considérable qui est injectée, l'uriné augmente peu.

Ce traitement est employé à l'exclusion de tout autre dans le service du professeur Lemoine, à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, et, depuis un an, il n'a jamais échoué sur les vingt-cinq malades atteints de coliques saturnine qui y ont été soumis. Bien rares sont les cas où une deuxième injection a été nécessaire.

La méthode par insolubilisation consiste à former des sels insolubles, sulfure ou sulfate de plomb, qui deviennent inactif pour l'économie.

Le miel soufré, outre ses effets légèrement laxatifs, possède également la propriété de neutraliser le plomb à l'état de sulfure, sans action sur l'organisme.

Royer et Gendrin donnaient la limonade sulfurique dans le même but.

Les bains sulfureux transforment en sulfure noir de plomb les molécules plombiques fixées à la surface de la peau ou éliminées par les couches superficielles de l'épiderme. Le malade se trouve bien de leur action stimulante.

Brémond recommande les douches de vapeur d'eau sulphydrique à cause de leur plus grande efficacité.

Les bains ou douches sulfureuses doivent être suivis de frictions savonneuses et alcalines pour enlever le sulfure de plomb formé, car ce sel pourrait se redissoudre dans la sueur et produire de nouveaux accidents.

La méthode d'insolubilisation est bonne dans le traitement de l'intoxication aiguë, lorsqu'il faut neutraliser très rapidement une quantité aussi grande que possible de plomb en le rendant insoluble, mais dans les cas de colique saturnine, ce procédé n'est pas recommandable, et il est préférable d'avoir recours aux évacuants. Le sulfure ou le sulfate de plomb qui restent dans l'organisme sont peu à peu attaqués par les liquides de l'économie et sont susceptibles de provoquer de nouveaux accidents à plus ou moins longue échéance. H. Guillot et Melsens ont prouvé, en effet, que le sulfate de plomb était un poison lent, mais sûr."

Une méthode facile de réduire les luxations de l'épaule et de la hanche.

Par le Dr LEWIS A. STIMSON, New-York.

L'auteur n'a eu qu'à se louer de la méthode suivante pour réduire ces luxations, le principe étant celui d'une traction modérée et soutenue sur le

membre en abduction : On fait un trou d'à peu près six pouces de diamètre dans le milieu de la litière d'un *baudet*, à environ dix-huit pouces de la tête du lit. On place le malade sur la litière le bras blessé pendant par cette ouverture. On soulève le *baudet* sur des blocs de manière à ce qu'il soit à une hauteur suffisante du plancher pour permettre de suspendre au poignet du bras blessé un sac de sable de 10 livres. Après une attente de quelques minutes on trouve la réduction faite.

Aucun malade ne s'est plaint que ce procédé était douloureux. L'auteur recommande donc cette méthode comme efficace, facile, courte et apparemment sûre.

Théoriquement il serait préférable d'attacher le poids au bras juste au-dessus du coude, mais en pratique le poignet s'est montré la meilleure place, car quelques malades saisissent les pattes du *baudet* avec la main en liberté et neutralisent ainsi l'action du poids. Si l'on n'a pas de *baudet*, on peut se servir de deux tables placées bout à bout, le malade appuyant sa tête sur l'une d'elles, le corps sur l'autre, et le bras pendant entre elles. Mais un manque de support pour l'épaule pourrait faire naître des efforts musculaires, ce qui empêcherait ou pour le moins retarderait le succès.

On peut se servir du même procédé dans la laxation du coude chaque fois qu'il est possible de faire l'extension libre sans le secours de l'anesthésie, mais dans ces circonstances la traction par les mains est d'ordinaire suffisante.

Dans les luxations en arrière de la hanche on suit la marche suivante : le malade est couché sur le ventre sur la table de façon à ce que ses cuisses excèdent le bout de la table. La cuisse saine est tenue horizontale par un aide pour prévenir les mouvements du bassin, et on laisse tomber verticalement la cuisse malade, pendant que le chirurgien, saisissant le cou-de-pied, tient la jambe horizontale (flexion du genou à angle droit) et la fait mouvoir doucement d'un côté à l'autre. Si le relâchement tarde à se montrer, on place un sac de sable de cinq à dix livres sur la jambe juste en arrière du genou, où on y fait de la pression avec la main.

Medical Record de New-York

Traitement de l'otorrhée.

M. HENNEBERT, rappelant les origines de l'otorrhée, due le plus souvent à une inflammation chronique de l'oreille moyenne, insiste sur la nécessité

de ne pas négliger ce symptôme, comme on le fait encore trop souvent en se basant sur ce préjugé que l'arrêt d'un écoulement peut causer de la méningite ou une affection plus ou moins grave de l'œil. Une pareille interprétation des faits est erronée; la diminution ou la disparition de l'otorrhée est due, dans ces conditions, à une dérivation inflammatoire causée par l'éclosion d'une mastoïdite, d'un abcès intracrânien ou provoque ces complications à la suite d'un mauvais traitement, comme l'insufflation de poudres astringentes alun, acétate de plomb formant un ciment qui s'oppose à l'écoulement naturel du pus.

Au point de vue du pronostic, l'auteur résume les données récentes de la bactériologie d'après lesquelles l'otite aiguë serait généralement due au pneumocoque et serait d'un pronostic favorable; l'otite chronique dépendrait du staphylocoque, amené ordinairement de l'extérieur par la trompe d'Eustache ou le conduit auditif externe, de la faute du patient ou même du médecin; enfin le streptocoque présiderait aux complications mastoïdiennes et endocrâniennes.

Le traitement, qui est tout entier dans les soins de propreté et d'asepsie ou d'antisepsie, comprend les lavages, préférables aux pansements secs, tamponnements que la configuration anfractueuse de la région et la petitesse relative des perforations tympaniques rendent beaucoup moins favorables. Il faut que les lavages soient du reste bien faits, avec eau bouillie ou antiseptique, sous une pression modérée, d'une température de 40° environ, pour éviter la syncope ou des vertiges souvent intenses, dus parfois au bouillonnement de l'air dans le liquide injecté; il est bon également de redresser le conduit auditif en tirant le pavillon en haut et en arrière. L'oreille étant détergée, l'examen local est possible; on applique ensuite les médicaments, soit des instillations de glycérine résorcinée, d'alcool dilué ou même concentré, de glycérine phéniquée au 1/10 et davantage, soit des poudres solubles, comme l'acide borique pulvérisé, soit surtout l'eau oxygénée, préconisée par Buys et Labarre, et réalisant le meilleur topique, notamment pour délayer le pus avant le lavage.

Un adjuvant excellent, mais d'un emploi un peu spécial, est l'insufflation d'air, utile dans les perforations minimales du tympan; on a conseillé, encore les lavages antiseptiques par la trompe d'Eustache. Le pansement local se termine par l'application d'un tampon d'ouate stérilisée, manié par des mains propres et enfoncé profondément dans le conduit pour faire office de drain. Si, après une série de pansements semblables, le praticien peut croire à un succès et se féliciter d'un symptôme, doit se défier

des guérisons apparentes, laissant le mal couvrir dans le fond de l'oreille, prêt à se réveiller au bout d'un temps plus ou moins long, dans des circonstances souvent des plus graves pour le malade.

M. Buxs partage la préférence donnée aux seringuages, au détriment des pansements secs, vantés à tort par les praticiens allemands. Il ajoute que l'aspiration au raréfacteur de Delstanche a été heureusement utilisée dans un cas par M. Hennebert, pour expulser un bloc gélatineux ayant résisté à toute tentative d'extraction.

M. HENNEBERT est d'avis que l'aspiration pourrait ainsi servir à dépister l'otite latente.

De l'emploi de la cocaïne en solution alcoolique saturée pour l'extirpation immédiate des pulpes vivantes,

Par H. RODIER.

Je ne veux ici qu'exposer un procédé simple, qui nous permet d'obtenir immédiatement et par suite aseptiquement une dent qui autrefois réclamait des pansements souvent douloureux et compliqués qui l'exposaient à toutes les chances d'infection possible.

L'opération, telle que je désire vous l'exposer, comprend quatre phases bien distinctes :

- La mise à découvert de la pulpe ;
- L'application du pansement anesthésique ;
- Son occlusion absolue par une obturation provisoire ;
- L'extraction de la pulpe.

Pour être complet j'y ajouterai l'obturation des canaux bien que celle-ci ne rentre pas à proprement parler dans le sujet.

La cavité doit être nettoyée aussi complètement que possible. Il sera du reste facile d'en terminer ultérieurement la préparation après l'obturation des canaux.

Toutes les parties cariées doivent être ruginées jusqu'à la mise à nu de la pulpe. Il faut opérer lentement avec des rugines très bien aiguisées et enlever la carie de la périphérie vers le centre.

Avec un peu d'habitude la chose, facile pour l'opérateur, devient très supportable pour l'opéré.

Ceci fait, la pulpe saigne presque toujours, et on la voit sur une surface plus ou moins étendue. Ce qui est indispensable, c'est de pouvoir appliquer en contact immédiat avec elle un tout petit tampon d'ouate hydrophile imbibée d'une dissolution saturée de chlorhydrate de cocaïne dans l'alcool à 90.

Ce pansement bien mis en place est légèrement comprimé avec un tampon d'amadou pour enlever l'excès d'alcool. Puis la cavité séchée à l'air chaud est obturée à la gutta-percha. Celle-ci doit être foulée très fortement de façon à comprimer le coton sur la surface pulpaire.

Une légère douleur, immédiatement dissipée par l'effet de la cocaïne, est souvent causée par cette pression ; ne vous inquiétez pas, elle est de bon augure, car elle prouve que l'obturation est hermétique, condition *sine qua non* de la réussite.

L'obturation terminée, il faut attendre de cinq à dix minutes, plutôt dix. L'excès dans ce cas est un bien.

Du reste ces quelques minutes ne sont pas perdues. Elles permettent à l'opérateur de préparer les sondes pour l'extirpation de la pulpe, ainsi que les substances nécessaires au remplissage des canaux et à l'obturation définitive de la cavité.

Le temps jugé nécessaire écoulé, j'enlève l'obturation provisoire et le tampon d'ouate. J'ouvre alors largement la cavité pulpaire de façon à rendre accessibles le ou les orifices des canaux radiculaires.

Pour l'extirpation de la pulpe je me sers à peu près uniquement des sondes quadrangulaires de Contenau et Godard sur lesquelles j'enroule de petits filaments de coton hydrophile. Je prends la plus fine et après l'avoir trempée dans la créosote de houille je l'enfonce dans le canal. Quand je suis arrivé aussi loin que possible j'imprime à la sonde des mouvements de rotation sur l'axe, de façon à enrouler la pulpe sur le coton. En général ce mouvement produit une légère douleur qui disparaît instantanément ; c'est l'indice de la rupture du paquet vasculo-nerveux, au niveau de l'apex. Il n'y a plus qu'à retirer la sonde ; la pulpe se trouve enroulée avec le coton.

Reste le traitement du canal. S'il y a hémorragie elle est légère et cède vite au passage de quelques sondes imbibées de teinture d'iode fraîche.

Après avoir introduit dans les canaux des sondes chargées de chloroforme, je les sèche à l'air très chaud ; puis je bourre dans leur longueur et le plus profondément possible, toujours à l'aide des sondes Contenau enroulées de coton, une préparation composée de parties égales de créosote de

houille et de solution d'aldéhyde formique à 40 %, dont le véhicule est la poudre d'oxyde de zinc, en quantité suffisante pour faire une pâte facilement maniable.

Lorsque les canaux sont remplis de cette pâte, j'y foule aussi loin que possible des fragments chiliformes de gutta-percha trempés dans du chloroforme.

Il ne reste plus qu'à terminer par l'obturation définitive jugée convenable.

Revue de Stérmatologie.

Traitement de l'endométrite.

M. Rouffart rapporte à deux causes les insuccès du curettage. La 1^{re} cause, c'est que le chirurgien oublie souvent qu'il doit, au moment du curettage, soigner toutes les parties infectées et ne pas se borner à l'abrasion de la muqueuse utérine. Il faut soigner en même temps les Bartholinites, les périurétrites, les folliculites, les inflammations des glandes du col. Dans la gonorrhée, l'inflammation vaginale est d'un traitement facile ; mais toutes les localisations du gonocoque que nous venons d'indiquer sont au contraire d'une stérilisation difficile. Si ces parties malades ne sont pas soignées, il reste à côté d'une plaie vive tout ce qu'il faut pour l'infecter, et les récidives doivent fatalement se produire. Les récidives sont aussi souvent le fait du mari dont la gonorrhée guérit aussi très difficilement.

La 2^e cause des insuccès dans l'opération du curettage, c'est que les malades se lassent facilement de revenir chez le gynécologue, et qu'elles ne font pas assez longtemps un traitement antiseptique. Tant que la plaie existe dans l'utérus, c'est-à-dire pendant cinq à six semaines, il faut faire journellement des injections avec du chlorure de zinc, du nitrate d'argent, de l'acide phénique, et c'est au prix de ses soins minutieux que l'on obtiendra la guérison. Même après les règles, qui arrivent généralement vers la sixième semaine, il faudrait faire quelques injections chaudes. Le moment le plus favorable au curettage est 6 à 8 jours après les règles. La nouvelle menstruation vient alors environ 5 semaines après l'opération. Quand avant 5 semaines il survient des hémorrhagies, elles sont souvent dues à une petite infection et indiquent un curettage mal fait ou mal soigné.

La pleurésie appendiculaire.

M. DIEULAFOY fait sur la pleurésie causée par l'appendicite une importante communication. Voici ses principales conclusions :

1^o L'apparition de la pleurésie appendiculaire survient quelques jours après le début de l'appendicite. C'est même quand les symptômes appendiculaires semblent se calmer que la complication pleurale apparaît ; en six, huit, dix jours, l'infection a eu le temps de se propager de l'appendice à la plèvre ; 2^o la pleurésie appendiculaire est toujours une pleurésie *droite*. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares. La phase pleurétique se confond avec la phase hépatophrénique ; douleurs vives à l'hypocondre droit, douleur thoracique avec retentissement à l'épaule droite, toux quinteuse sans expectoration, dyspnée intense, tels sont les symptômes du début ; 3^o dans quelques cas l'infection de la plèvre est à peine ébauchée, et la lésion se réduit à une pleurésie sèche qui se traduit par des frottements. Dans d'autres circonstances, le liquide de la pleurésie appendiculaire est réduit à son minimum d'infection ; l'épanchement a l'apparence d'un liquide séreux et la complication guérit sans autres incidents ; 4^o le plus souvent le liquide de la pleurésie appendiculaire est trouble, fétide et putride. Ce liquide n'est pas homogène, il est mal lié et forme rapidement un dépôt. L'auscultation et la percussion donne les signes d'un grand épanchement : à ces signes se joignent parfois les signes d'un pneumothorax dû au dégagement des gaz engendrés par la putréfaction. Dans un cas on a constaté la vomique ; 5^o l'intervention chirurgicale doit être hâtive, parfois même elle doit être double ; il faut attaquer l'infection pleurale par l'opération de l'empyème et l'infection péritonéale par la laparotomie ; 6^o malgré cette double intervention, il est à craindre que le malade succombe, car il est déjà infecté et intoxiqué. Le vrai traitement est donc le traitement prophylactique, celui qui consiste à enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l'appendicite ; c'est là la seule thérapeutique sage et rationnelle, celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite.



Les points de côté des alcooliques.

Avant d'en arriver aux graves accidents de l'alcoolisme, le buveur traverse une période plus ou moins longue pendant laquelle s'installent les lésions qui feront de lui un intoxiqué parfait, prêt à toutes les éventualités morbides. Alors s'égrènent les *petits accidents de l'alcoolisme* : pituités, insomnie, cauchemars, fourmillements, crampes dans les mollets, etc. Parmi ceux-ci, les phénomènes nerveux sont les plus précoces, et au nombre de ces accidents se présentent avec une fréquence inusitée les *points de côté*. C'est à leur occasion que le buveur vient pour la première fois trouver le médecin. Il est donc bon d'être prévenu de ces faits, que l'on n'attribuera pas au rhumatisme ou à la neurasthénie.

Le point de côté des alcooliques se présente sous deux allures différentes : *subaiguë* ou *suraiguë*.

Le *point de côté subaigu* s'observe surtout aux deux bases ; plus rarement à la pointe de l'omoplate, en dedans de celle-ci. A la base droite, c'est l'hépatalgie, survenant de préférence à l'occasion d'un repas copieux et à la période de digestion. A gauche, c'est l'épigastrie (beaucoup plus fréquente que l'hépatalgie), en rapport avec la gastrite éthylique, accident si précoce de l'imprégnation.

Le *point de côté suraigu* a une tout autre physionomie : sans cause appréciable, ou bien à l'occasion d'un coup de froid, le sujet est pris d'une douleur très vive à la base du thorax, à droite ou à gauche. La douleur est aiguë, lancinante ; elle immobilise le malade, elle lui enlève tout sommeil et le force à respirer prudemment pour ménager sa susceptibilité. Le faciès est agité, coloré, fébrile même. Le diagnostic de pneumonie est presque fatal, mais l'examen objectif lève tous les doutes et met en évidence l'existence d'une névralgie intercostale, le plus souvent de la dixième ou de la onzième paire.

Le traitement de ces accidents n'est pas indifférent : ce sont là, évidemment, des points de côté contre lesquels l'antipyrine, la quinine, la phénacétine n'auront aucune efficacité.

Par contre, la révulsion cutanée (ventouses ou sangsues,) l'opium, le laudanum (4 gouttes dans un verre de vin,) les purgatifs salins et les diurétiques seront les véritables moyens à employer contre ces accidents si douloureux.

(D'après la *Presse médicale de Paris*).

Avantages de l'examen rectal par le procédé de Kolly en gynécologie.

Voici en quoi consiste ce procédé : après évacuation préalable du rectum, la malade est placée dans la position génu-pectoral, et l'on introduit dans le rectum un spéculum avec un obturateur. Le spéculum en place, on enlève l'obturateur ; l'air pénètre alors et vient remplir le rectum. On enlève le spéculum, et la malade s'étant placée avec précaution dans la position dorsale, le bassin surelevé, l'on pratique le toucher rectal selon la règle ordinaire. Le rectum distendu par l'air, remplit presque tout le petit bassin, se mettant en rapport direct avec la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges, tandis que les anses intestinales et l'épiploon sont refoulés vers le haut.

Le professeur GOUBAREV (de Moscou) a souvent recouru à ce mode d'exploration et a pu se convaincre qu'il fournit des données précieuses pour l'exploration exacte des organes pelviens ; tous les autres organes se trouvant refoulés vers le haut, l'exploration de l'appareil génital et des uretères fournit des données aussi précises que si ces organes n'étaient séparés du doigt explorateur que par le feuillet péritonéal. (*Journ. russe d'obst. et de gyn.*, 1896.

Traitement de l'insomnie des enfants.

Il faut, tout d'abord, rechercher la cause souvent très difficile à découvrir. La plupart du temps l'insomnie reconnaît pour origine la dyspepsie.

Souvent aussi, l'insomnie dépend du repas du soir qui est trop copieux.

Une fois l'étiologie connue, le premier soin doit être de combattre la cause en prescrivant une hygiène sévère. Dans quelques cas cela ne suffit pas, ou bien on n'a pu découvrir la cause : il faut agir quand même, avoir recours aux hypnotiques. Quels sont donc les hypnotiques qu'on peut ordonner à un enfant ?

Le premier des hypnotiques est l'opium ; on a voulu le proscrire de la thérapeutique infantile, et pourtant c'est le roi hypnotique. Mais il ne faut pas donner l'opium à un enfant qui est constipé, qui a de l'anurie ou qui a des démangeaisons ; voilà les principales contre-indications. Prescrire le laudanum à raison d'une demi-goutte au-dessous d'un an, et ensuite d'une goutte par année, dans une potion. Le sirop de codéine est un

bon hypnotique, admirablement supporté par les petits enfants. A un an une cuillerée à café de ce sirop dans une potion ; au-dessous d'un an une demi-cuillerée à café.

Les bromures sont souvent utiles ; on donnera alors 30 centigrammes à six mois, cinquante à un an, un gramme ensuite par jour, dans le potage du soir, en ayant soin d'interrompre la médication après cinq à six jours pour la reprendre ensuite.

Le chloral est un hypnotique excellent, sans danger ; on peut le donner aux mêmes doses que le bromure et la meilleure manière de l'administrer est en lavement. Donner un lavement simple pour nettoyer l'intestin, puis le chloral associé au camphre ou au musc dans un jaunet d'œuf délayé dans une petite quantité d'eau.

Le chloral convient surtout quand l'enfant est menacé de convulsions, qu'il a le hoquet ou des soubresauts ; l'insomnie n'est souvent en effet que le prélude des convulsions.

Dans quelques cas, l'antipyrine en lavement et aux mêmes doses que le chloral ou le bromure, est un excellent médicament.

Il est enfin d'autres hypnotiques que l'on ne doit pas négliger, tels que l'eau de laurier cerise, le musc, l'éther, la valériane, mais dont l'action est fort incertaine.



REPRODUCTION

Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit,

D'après P. SÉRIEUX et F. FARNARIER.

Bien peu nombreux, et en général d'une efficacité douteuse, sont les moyens thérapeutiques pouvant être opposés aux affections mentales; aussi pendant longtemps l'attention de la plupart des médecins d'asiles fut moins retenue par les procédés thérapeutiques susceptibles d'être appliqués à la cure des malades aigus que par le moyen de placer dans les meilleures conditions d'hygiène physique et morale le groupe, si important par le nombre, des chroniques, des incurables et des convalescents.

Le *travail* a fourni sous ce rapport d'excellents résultats, et un progrès considérable fut réalisé du jour où l'on fit travailler les aliénés. L'application de l'*open-door* devait suivre avec la transformation de l'asile-prison en *colonie agricole*. Mais c'était surtout les aliénés incurables, les chroniques et quelques convalescents qui étaient appelés à bénéficier des avantages multiples et incontestables du travail. Quand aux *aliénés aigus*, aux *sujets curables*, les plus intéressants sans contredit, ils n'étaient pas justiciables de la seule méthode thérapeutique considérée comme efficace, le *travail*; par suite, ils furent quelque peu perdus de vue.

Les psychoses aiguës sont curables spontanément, cela dans plus de la moitié des cas; au moins cette tendance naturelle des psychoses aiguës vers la guérison ne doit-elle pas être entravée; et précisément certains agents hygiéniques, — comme le travail, — si précieux quand il s'agit d'aliénés chroniques, valide au point de vue physique, sont inapplicables ou contre indiqués chez les aliénés atteints d'affections mentales aiguës. Ces états sont toujours associés étroitement à des troubles somatiques; les sujets sont des *malades*, qui ont besoin de repos. Une autre méthode thérapeutique leur est applicable, celle du *repos au lit*.

C'est à Guislain que revient le mérite d'avoir en 1852, introduit l'alitement dans la thérapeutique psychiatrique. Falret recommande en 1864, le traitement par le séjour prolongé au lit dans la mélancolie et certains maniaques aigus semi-fébriles. Mais c'est surtout dans les pays de langue

allemande que le traitement systématique des psychoses aiguës par l'alimentation a pris, depuis 1860, un grand développement. Depuis 1897, la clinothérapie a été appliquée dans quelques asiles d'aliénés de la Seine, notamment dans les services de MM. Magnan, Joffroy, Briand, Toulouse, Sérieux.

Cette méthode est à considérer comme une conquête thérapeutique de première valeur et le repos au lit doit être la base du traitement des maladies aiguës du cerveau, comme il l'est pour les maladies de n'importe quel autre organe. Chez les malades de psychoses aiguës, ce qui doit avant tout attirer l'attention du thérapeute, c'est l'état d'épuisement du cerveau et de l'organisme. Ces malades sont des épuisés et des surmenés. La pénutrition, le refus d'aliments, la faiblesse générale, l'âge avancé, l'état puerpéral, la chlorose, les anémies, les troubles circulatoires, les états fébriles ou subfébriles se rencontrent assez fréquemment dans les psychoses aiguës. Ces symptômes réclament le repos.

Quant aux indications du repos psychique, du repos du cerveau, elles sont constantes dans les formes aiguës. Qu'il s'agisse d'états d'excitation, ou de dépression, ou de confusion, ou encore de délires hallucinatoires aigus, toutes ces psychoses sont en rapport avec des troubles plus ou moins graves de la nutrition de l'écorce cérébrale et parfois même du système nerveux dans son entier. Que le cerveau soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (*états maniaques*), sensibles (*mélancolie*), sensorielles (*états hallucinatoires*), que son activité soit suspendu par l'action d'un toxique (confusion), il est nécessaire de laisser le cerveau reposer. Seul le séjour au lit permet le repos complet du cerveau ; outre que par suite de la position horizontale la circulation cérébrale est facilitée et le cerveau mieux irrigué, l'alitement permet encore le relâchement de tous les muscles de la vie de relation, et par suite, le repos des centres moteurs ; il a aussi pour résultat de réduire au minimum les stimulations périphériques ; il diminue l'activité des troubles hallucinatoires en restreignant les causes provocatrices des hallucinations et des illusions.

De plus, le séjour des patients au lit modifie d'une façon favorable le milieu : dans une salle dont tous les malades sont alités, l'ordre et le silence sont moins souvent troublés. Le malade peut se reposer physiquement et psychiquement.

Les résultats du traitement par le séjour au lit sont d'ailleurs aujourd'hui unanimement admis ; et si l'on ajoute qu'à côté de sa haute valeur

thérapeutique la clinothérapie offre l'avantage d'être facilement applicable, aussi bien dans la clientèle privée qu'à l'asile, on comprendra l'intérêt d'ordre pratique qui s'attache à cette méthode. Nul doute que son emploi se généralise de plus en plus, pour le plus grand profit des malades et des médecins. La méthode présente des avantages de toute nature si considérables qu'elle est appelée à prendre rang, avec la suppression des moyens de contention (*no-restraint*), le traitement en liberté (*opendoor*) et la *colonisation*, parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine.

Le traitement par le lit entraîne comme corollaire obligé une modification radicale de notre système suranné d'assistance des aliénés. L'application générale de la méthode amènera fatalement la disparition des asiles prisons, où les exigences de la thérapeutique tiennent si peu de place, et leur remplacement par des hôpitaux de traitement pour les aigus, par des colonies agricoles et par l'assistance familiale pour les convalescents, les intermittents, les chroniques et les incurables.

L'aliénement consacrera ainsi, d'une façon pratique, l'élévation des aliénés à la dignité de malades. On ne se contentera plus d'interner les aliénés, on les traitera. Et la clinothérapie permettra de rendre guéris à la société bon nombre de malheureux, que les conditions trop longtemps défavorables du traitement des maladies mentales ont seules jusqu'ici condamnés à l'incurabilité.

E. F.

Les hémorragies de la délivrance.

M. le Prof. Pinard.

Je trouve, Messieurs, dans l'observation d'une femme accouchée depuis peu dans notre service une question d'intérêt pratique et c'est pour cela que je veux vous en entretenir aujourd'hui. Il s'agit d'une multipare enceinte pour la douzième fois. Elle ne présente rien de particulier comme antécédents héréditaires ou pathologiques. De ses douze grossesses, dix se sont terminées spontanément, et les enfants sont encore vivants actuellement. Deux fois seulement la grossesse a été interrompue, la première

fois en 1880 où il y a eu un avortement à 3 mois de cause inconnue, et une seconde fois en 1896, où il y a eu un avortement à deux mois d'une cause également inconnue.

Elle est donc enceinte pour la douzième fois ; ses dernières règles datent du 21 ou 25 mai dernier et cela nous montre qu'elle a été fécondée longtemps après ses dernières règles ; vous savez à quoi vous en tenir à ce sujet. Sa grossesse a évolué normalement ; elle se repose depuis six mois ; aucune trace d'insuffisance rénale ni pendant la grossesse ni pendant le travail. Cette femme est arrivée dans le service le 15 février dernier ; elle présentait alors deux choses anormales, l'une pathologique, l'autre ni pathologique ni normale. Elle présentait d'abord une hernie ombilicale, ce qui s'observe assez fréquemment chez les grandes multipares ; ce n'est pas constant, on observe de grandes multipares dont la paroi abdominale est encore très résistante, aussi résistante que lors du premier accouchement, c'est donc une question de tissu. Cette hernie n'est pas très volumineuse, et ce fait, bien que pathologique, ne nous a nullement inquiété. Souvent, sinon la plupart du temps, la grossesse fait disparaître les hernies, surtout les hernies inférieures ; presque toujours le sac est déshabité pendant la grossesse. Il n'en est pas de même pour les hernies ombilicales ; le plus souvent elles persistent, pas toujours cependant, mais généralement il n'en résulte aucun accident.

La deuxième constatation que nous avons faite était la suivante. L'enfant se présentait par le siège, ce qui est anormal mais non pathologique. Je vous rappelle que plus une femme a d'enfants, plus elle est prédisposée aux mauvaises présentations, c'est-à-dire que la sollicitation à l'accommodation s'atténue. Donc, la présentation doit être d'autant plus surveillée qu'il s'agit d'une multipare, et, dans notre cas, on a eu l'idée de changer la présentation si celle-ci ne s'était modifiée elle-même. Ces mutations de présentation, nous l'avons montré, se voient assez souvent à la fin de la grossesse, surtout chez une multipare. Voilà donc comment cette femme accoucha d'un enfant qui se présenta par le sommet en gauche antérieure. Le travail marcha rapidement, ceci est intéressant, car, chez un certain nombre de grandes multipares, on voit apparaître d'abord, puis s'accroître ensuite une véritable impotence de l'organisme ; il semble que l'organisme et l'organe utérin soient surmenés, et il y a lieu de craindre un accident pendant la délivrance, alors que le surmenage a été intense. Ici, je vous le répète, le travail marcha très rapidement puisqu'il dura trois heures environ. La dilatation fut complète 1 h. 55 minutes ou près

de deux heures après l'entrée de la femme ; la période d'expulsion est généralement rapide chez les grandes multipares, elle fut très rapide dans notre cas, et l'expulsion eut lieu cinq minutes après la dilatation complète. L'enfant pesait 3 k. 810 gr. C'est en raison de cette rapidité de l'expulsion qu'il faut chez une multipare, lorsqu'on a constaté la dilatation, que tout soit prêt pour recevoir l'enfant.

Cinq minutes après l'expulsion du fœtus, il y eut expulsion spontanée du placenta. Il est toujours mauvais qu'une délivrance se produise cinq minutes après l'expulsion, que ce soit une expulsion spontanée ou une expulsion artificielle. En effet, les membranes sont incomplètes, la délivrance est incomplète. Effectivement, dans notre cas, elle fut incomplète. Les portions des membranes qui restent dans l'utérus sont ultérieurement expulsées en bloc ou insensiblement par petits fragments, mais il faut prendre des précautions antiseptiques. La délivrance rapide est encore mauvaise à un autre point de vue. Il faut redouter en effet ce qui s'est passé chez cette femme. Aussitôt après l'expulsion de la masse placentaire, la femme a perdu du sang, le pouls est monté à 90, 110, 134 ; il y avait hémorragie. Autrefois on distinguait une hémorragie physiologique et on disait qu'il y avait hémorragie physiologique lorsque la femme restait colorée et que la quantité de sang perdue était faible ; mais il y a des femmes ordinairement pâles, ensuite il y a des femmes qui n'expulsent pas de sang quoiqu'ayant une hémorragie grave. Ne vous basez donc pas sur la quantité de sang expulsé, je vous ai montré notamment comment, dans certains cas, dans un jeune ménage par exemple, on pouvait être effrayé à tort à la vue du sang coulant jusqu'à terre, le linge neuf ne s'imprégnant pas de sang. Non, c'est sur le pouls qu'il faut vous baser. S'il reste normal, rien à craindre ; si, au contraire, il est fréquent, faites vos préparatifs.

Y a-t-il des femmes qui sont prédisposées aux hémorragies pendant, avant ou après la délivrance ? On a dit, on a beaucoup trop insisté sur ce point, que les femmes qui ont de l'albuminurie étaient plus exposées que les autres à avoir des hémorragies pendant la délivrance, on a dit que ces hémorragies pouvaient faire mourir les femmes. Eh bien, en somme, ces hémorragies, sans être absolument rares chez les albuminuriques, ne sont guères plus fréquentes chez elles que chez les autres femmes. Mais rappelez-vous que ces femmes ont des chances pour avoir des hémorragies.

Une autre catégorie de femmes a des chances pour avoir des hémorragies pendant la délivrance, comme pendant la grossesse, ce sont les

cardiaques, et dans deux cas, je me suis demandé si j'allais être maître de l'hémorragie tellement elle était abondante, le sang bouillonnait, coulait à flots aussitôt après l'expulsion du fœtus. Les changements de pression dans la circulation sont la cause de ces hémorragies.

Il y a ensuite ces grandes multipares qui ont présenté déjà de l'impuissance fonctionnelle dans des accouchements antérieurs. A côté de ces femmes, rapprochez celles qui ont eu des grossesses multiples, une hydroisie de l'amnios, un gros œuf, gros enfant, gros placenta. Et je passe à celles qui ont une expulsion rapide du placenta, ce qui nous ramène au cas qui fait l'objet de cette leçon. Il y a eu là un gros enfant, beaucoup de liquide amniotique, un gros placenta, et une expulsion rapide du placenta.

Enfin, une dernière catégorie de femmes est exposée aux hémorragies de la délivrance. Ces femmes ne présentent rien d'anormal, elles sont primipares ou multipares, cependant elles peuvent avoir des hémorragies : ce sont les femmes auxquelles une mauvaise nouvelle est apprise, la perte de quelqu'un ou celles qui ont perdu des enfants antérieurement. En un mot, les émotions déterminent dans le système nerveux un tel trouble qu'il peut y avoir hémorragie. Je laisse de côté les adhérences anormales du placenta qui ne rentrent pas dans notre cadre actuel.

Eh bien, en cas d'hémorragie de la délivrance, faites vos préparatifs, vous ai-je dit, préparez vos armes, c'est-à-dire les mains et les avant-bras, car c'est la main et l'avant-bras qu'il faut introduire dans les organes génitaux si la délivrance n'est pas faite. Ayez donc vos mains et vos avant-bras propres, car il faudra dans certains cas que vous introduisiez vos deux mains et vos deux avant bras. Mais il y a d'autres armes à employer. Pendant ce temps, en effet, il faut faire préparer de l'eau chaude à 50 degrés ; car immédiatement après la délivrance on réintroduit la main dans l'utérus, cette main est alors armée d'une sonde, celle que vous aurez à votre disposition. La sonde dont nous nous servons, vous l'avez déjà vue employer dans notre service, c'est la sonde plate en verre de Tarnier qui se nettoie facilement, c'est celle que je vous recommande, mais si vous ne l'avez pas, employez celle que vous aurez sous la main. On fait donc couler par l'intermédiaire de cette sonde de l'eau à 50° dans la cavité utérine, à 48° au moins, sinon vous n'aurez pas d'action efficace. La femme se plaindra en disant que cette eau la brûle, ne craignez rien si vous savez le degré auquel vous l'avez fait préparer et d'ailleurs votre main vous renseignera à cet égard. Vous ne cesserez l'injection que

lorsque l'utérus sera absolument contracté sur votre main et lorsque l'eau sortira aussi claire que celle que vous emploierez. Quand au seigle ergoté, nous ne l'employons plus ni pendant le travail, ni lorsque l'utérus est vide.

Depuis l'emploi de cette méthode, nous n'avons jamais perdu une femme d'hémorragie, je parle, bien entendu, de l'hémorragie utérine ordinaire, même chez les cardiaques. Pendant que vous cheminerez dans l'utérus pour décoller le placenta, faites vous accompagner par l'eau chaude, jamais la contractilité de l'utérus ne vous fera défaut. Et, si vous n'avez pas attendu que l'organisme soit privé de sang, vous ne perdrez jamais une femme d'hémorragie.

L'Indépendance Médicale.

La kélotomie ombilicale simple.

Dans la hernie ombilicale, le tableau clinique de l'étranglement est souvent incomplet ; tout se limite aux symptômes suivants : irréductibilité, douleur, constipation, sans arrêt complet des matières et des gaz, vomissements bilieux. Pour ceux qui ne sont pas prévenus, cela suffit pour temporiser, sous prétexte qu'il ne s'agit pas d'étranglement vrai, mais de ce qu'on a appelé engouement, péritonite herniaire ; aussi pratique-t-on le taxis qui ne peut donner aucun résultat puisque dans de nombreux cas ce n'est pas au niveau de l'anneau qu'est l'obstacle, mais dans le sac lui-même. On attend ainsi plusieurs jours et l'on n'opère que quand surviennent des troubles de l'état général, c'est-à-dire lorsque la situation est presque désespérée. Ainsi s'explique le sombre pronostic de la kélotomie ombilicale ; car s'il est vrai que l'opération est plus complexe que dans les hernies inguinale et crurale, sa gravité est surtout due au retard de l'intervention.

Il faut donc se défier de toute hernie ombilicale qui devient douloureuse et présente des symptômes de pseudo-étranglement ; il ne faut pas temporiser, il faut intervenir le plus tôt possible, pratiquer la kélotomie hâtive si l'on veut réussir. Le succès dépend de la précocité et de la rapidité de l'intervention.

Les soins préopératoires seront les mêmes que dans toute opération chirurgicale, mais en préparant la région, il faut s'attacher à bien désinfecter la dépression ombilicale ; pour cela il faut la soulever, la retourner

pour ainsi dire avec une pince, afin de procéder à un brossage sérieux.

L'opération sera conduite suivant la technique nous allons exposer.

1^{er} TEMPS : INCISION DES PARTIES MOLLES.—L'incision de la peau est plus dangereuse que dans les autres hernies ; car au sommet de la hernie la peau est distendue, amincie ; à sa face profonde adhère le sac auquel est accolée une anse intestinale qu'on peut ouvrir si l'on ne prend garde. Aussi bien, au lieu d'inciser verticalement, vaut-il mieux faire deux incisions elliptiques se rejoignant au dessus et au-dessous de la hernie et interceptant un lambeau cutané ovale. De plus, pour éviter tout accident, on commence la dissection non pas à la partie moyenne, mais en haut ou en bas, où le sac a moins de chance d'être adhérent à la peau. Il est alors facile, une fois sur le sac, d'introduire l'index entre lui et la peau, de décoller si c'est nécessaire et d'inciser les parties superficielles aux ciseaux mousses dirigés sur le doigt.

2^e TEMPS : OUVERTURE DU SAC ET EXAMEN DE SON CONTENU—Le sac ainsi mis à nu, il faut avant de l'ouvrir, l'isoler, comme on fait pour la hernie crurale. Pour cela, avec le doigt ou la sonde cannelée on le décolle sur tout son pourtour et on ne l'ouvre que quand il est en quelque sorte émuclé. Mais il en est des cas où des adhérences très intimes rendent cette manœuvre laborieuse ; il ne faut pas s'y attarder, il est alors plus simple et plus expéditif d'ouvrir le sac d'emblée. Que celui-ci soit ou non isolé, on plisse sa paroi qu'on incise, on agrandit l'incision avec les ciseaux conduits sur le doigt introduit dans le sac et l'on confie les lèvres à des pinces. Dans cette ouverture du sac, on aura soin d'éviter de contourner les brides adhérentes. Une masse volumineuse d'épiploon se présente alors, recouvrant l'intestin étranglé. Cet épiploon adhère à la paroi interne du sac et pousse des prolongements dans les diverticules du sac, aussi est-il assez difficile à libérer. Pour y arriver, les deux lèvres du sac étant tendues de chaque côté, l'épiploon est attiré en sens inverse et l'on rompt au doigt, à la sonde cannelée ou aux ciseaux les brides qui le reliaient à la paroi du sac ; on fait ceci sur toute sa périphérie, et si en certains points on éprouve trop de difficultés, l'épiploon est sectionné entre deux pinces. La masse principale étant libérée, il faut encore poursuivre ses prolongements dans les diverticules du sac.

Voilà l'épiploon libre, détaché de toute adhérence, encombrant le champ opératoire, gênant l'examen de l'intestin ; il faut, après avoir détergé et bien lavé à l'eau bouillie le contenu du sac, réserver cet épi-

ploon au-dessous d'une ligature en chaîne, ou pour aller plus vite, au-dessous d'une ou deux pinces clamp.

On peut alors plus facilement se rendre compte de l'état de l'intestin; nous le supposons sans aucune lésion, il faut néanmoins avant de débrider, laver de nouveau à l'eau bouillie, éponger et bien voir si le moignon épiploïque ne saigne pas.

3^e TEMPS : DÉBRIDEMENT.—Comme nous l'avons dit déjà, l'obstacle siège souvent dans le sac et non à l'anneau, il aura donc été levé en libérant l'épiploon; néanmoins, il faut débrider l'anneau afin de réduire plus facilement et de mieux réparer ensuite l'anneau ombilical.

L'anneau peut être débridé en un point quelconque, il n'y a pas ici de vaisseaux à redouter; on sectionne généralement *en haut et à droite* au moyen de ciseaux dirigés sur le doigt introduit dans l'anneau. Si la section ne suffit pas on peut en faire une seconde en un autre point.

4^e TEMPS : RÉDUCTION.—Avant de réduire, on attire l'intestin au dehors afin de l'examiner sur toute son étendue, mais principalement au niveau de l'encoche où se trouvent de préférence les lésions quand elles existent. L'intestin est en bon état, l'épiploon est lié au dessus des pinces, s'il ne l'a pas été précédemment, tout est bien nettoyé, on s'assure de nouveau que le pédicule épiploïque ne saigne pas, on n'a plus qu'à réduire. Mais ce n'est pas toujours chose facile, en raison du volume de l'intestin et du moignon épiploïque, d'autant plus que souvent les malades dorment mal et dans des efforts de toux ou de vomissements chassent hors du ventre de nouvelles anses intestinales. Cette réduction devra être faite doucement, sans trop forcer; avec un peu de patience on y arrive toujours. On recouvre la masse d'une large compresse aseptique chaude, dont la périphérie est insinuée dans l'abdomen au niveau des lèvres de l'anneau, et l'on refoule la masse dans le ventre en pressant non pas au sommet mais la périphérie. Si l'on éprouve trop de difficultés, il ne faut pas hésiter à faire un nouveau débridement qui donnera plus d'espace.

Une large compresse aseptique, dont une extrémité est fixée par une pince, est introduite dans le ventre sur la masse intestinale dont elle empêche l'issue au dehors.

5^e TEMPS : EXCISION DU SAC, RÉSECTION DE LA PAROI.—Lorsque le sac a été isolé dès le début il est facile de l'attirer et de placer une ligature solide à sa base; mais lorsque des adhérences ont empêché de le libérer, il est moins facile de le faire, on sectionne alors tout autour les adhérences et le tissu graisseux.

Il est parfois impossible de pédiculiser le sac pour le lier, il faut alors l'exciser, prendre le péritoine avec des pinces et réunir les deux lèvres péritonéales par un surjet connu dans la laparatomie. La résection de la paroi pour être bien faite demande assez de temps, et lorsqu'on est pressé, lorsque l'opération a déjà été longue, que l'état du malade est mauvais, on se contentera de suturer simplement les bords de l'anneau.

Cependant lorsqu'on le peut, il est préférable de faire une suture à étage ; on incise de chaque côté la gaine du muscle droit à sa partie interne et l'on a ainsi trois plans que l'on réunit, un plan aponévrotique antérieur (feuillet antérieur de la gaine des droits). Cette reconstitution méthodique de la paroi est excellente lorsqu'elle est praticable. Audessus on enlève le tissu graisseux parfois trop abondant et l'on régularise les lèvres cutanées qu'on suture au crin.

Lejars recommande dans les cas où, les deux lèvres de la plaie sont difficiles à rapprocher, de soulever chaque bord avec des pinces, de traverser toute l'épaisseur de chaque lèvre et de passer plusieurs points en U transversaux qu'on serre progressivement ; on obtient un adossement, pétoine contre pétoine. Cette réunion par application latérale a l'avantage, outre sa solidité, de pouvoir être faite rapidement.

L'opération terminée, on appliquera sur la plaie une mèche de gaze stérilisée et un pansement ouaté et serré comme dans une laparatomie.

Les soins consécutifs ne diffèrent pas de ceux que nous avons énumérés pour la kélotomie inguinale (*Journ. des Prat.* 1900, page 140), l'opéré sera surveillé de plus près encore, la kélotomie ombilicale étant manifestement plus grave.—HENRI MILHIET, *Interne des Hôpitaux.*

L'éducation physique de l'école ne peut être isolée de son éducation morale

L'éducation morale de l'enfant exerce sur lui la plus grande influence. Elle a pour but d'en faire un homme de bien, pénétré de ses devoirs envers le pays, envers ses semblables et envers lui-même. Donner à l'enfant de bons principes, de bonnes habitudes, afin d'éviter le mal, c'est faire œuvre d'hygiène..... Épargner aux enfants les occasions de chute, veiller sur leur conduite en évitant qu'ils soupçonnent cette surveillance, éloigner de leur vue les mauvais livres, les mauvais spectacles, prendre garde aux compagnies qu'ils fréquentent, ne se permettre en leur présence que de bons

exemples, leur inspirer autant que possible le sentiment de la responsabilité; en un mot, façonner et diriger leur croissance morale, de façon qu'ils soient sains et forts, quand viendra l'heure des passions: c'est l'œuvre d'une éducation bien conduite. Tel est, selon M. MARION dans ses leçons de psychologie, le but de l'éducation morale: mais on fait de la sorte de l'hygiène, une hygiène morale, qui aura les plus heureux effets chez l'enfant, non seulement pendant le temps qu'il passe à l'école, mais pour le jour où, arrivé à l'âge d'homme, il sera livré à lui-même. *L'éducation morale de l'enfant lui prépare l'hygiène de l'avenir.*

L'éducation physique de l'élève ne peut être isolée de son éducation morale. Il y aurait à la fois une grande faute et un grand péril à laisser passer cette période sans en profiter pour jeter dans les âmes, comme dans les esprits, une impression féconde et durable.» (Dr RIAnt)

« *L'enseignement moral* est destiné à compléter et à relier, à relever et à ennoblir tous les enseignements de l'école. » (Nouveaux programmes des écoles primaires par MM. BROUARD et DEFODON.)

Pour M. COMPAIRÉ, il est nécessaire d'exercer l'enfant à juger des actions des autres; de lui montrer, dans des récits exacts et saisissants, des hommes qui ont bien ou mal fait; de l'habituer de bonne heure à se décider lui-même, et à acquérir ainsi le *sentiment de la responsabilité*, en même temps qu'on lui fournira de fréquentes occasions de surmonter ses penchants et de vaincre ses instincts mauvais.

« Il est bon de présenter à l'enfant sous une forme nette et expressive les *principales maximes du devoir*, de nourrir sa mémoire de beaux textes moraux. » « Exercé et instruit par son expérience personnelle, habitué à se rendre compte de ses propres actions et à juger les actions des autres, à en peser les conséquences, initié par ses actes à la joie du devoir accompli, encouragé par des exemples qu'on aura mis sous ses yeux, soutenu par les exhortations et les préceptes de ses maîtres, l'enfant s'élèvera peu à peu à la vie morale. Dans cette œuvre complexe, dont M. BAIN a dit que « les conditions à remplir y sont si nombreuses qu'il est à peine possible d'indiquer avec précision la meilleure méthode à adopter, » le grand rôle appartient, non aux livres, non aux leçons, mais au caractère des parents et du maître. La loi morale ne peut être pour l'enfant une froide abstraction impersonnelle; il faut qu'elle s'incarne dans un être vivant. *Le père et la mère ou le maître représentent aux yeux de l'enfant la loi morale*, et ils devront la représenter, non comme des êtres impassibles et secs, mais comme des personnalités

vivantes, qui s'émeuvent à la vue, du mal, qui sont pleins d'affection et de tendresse." (COMPAIRÉ.)

Il faut apprendre à l'enfant, nous l'avons dit au début de ce paragraphe, à faire la distinction du bien et du mal, car, à cet âge, "on fait le mal souvent par ignorance du bien," et "la contagion du bien existe comme la contagion du mal."

Mais "l'éducation morale ne serait pas complète, si elle se proposait seulement la culture des sentiments affectueux et bienveillants, le développement de la conscience, le progrès de la volonté et de l'énergie morale : elle doit avoir aussi en vue la culture des sentiments supérieurs, qui tiennent également de l'intelligence et de la sensibilité, et qui se mêlent à la fois les conceptions les plus hautes de la raison et les émotions les plus nobles du cœur. Ces sentiments sont l'amour du vrai, le goût du beau, et l'amour du bien, et le sentiment religieux."

Dans son rapport à la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, le 20 juin 1898, M. Paul JANET a défini le rôle qui convient à l'éducation religieuse dans l'enseignement moral. "Le couronnement naturel de l'instruction morale à l'école primaire sera la connaissance de Dieu. On apprendra aux enfants que la vie a un but sérieux, que les hommes ne sont pas le produit du hasard, qu'une pensée sage veille sur l'univers et qu'un œil vigilant pénètre dans toutes les consciences." (JANET)

Et M. COMPAIRÉ termine son chapitre sur les sentiments supérieurs en disant : "Travaillons surtout pour la morale ; bâtissons les principes moraux sur des fondements assez solides pour que, dans un jour de crise qui emporterait les croyances religieuses, la croyance au devoir ne disparaisse pas avec elles."

Anesthésie médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne; technique et résultats.

Par TH. TUFFIER.

Après de nombreuses recherches, je pratique depuis le 9 novembre 1899 l'anesthésie chirurgicale par injection de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire. J'ai fait ailleurs l'historique de la question, rappelant les travaux de Franck, Bier, Sicard, Seldovitch, et j'ai rendu compte de mes premiers essais dans plusieurs communications qui démontraient la facilité et l'innocuité de ce moyen. On trouvera un résumé de ces travaux dans la thèse de mon ancien interne, M. Cadol. Je viens préciser ici

la technique à laquelle je me suis arrêté. J'ai opéré par cette méthode 63 malades. Mes interventions ont porté sur les membres inférieurs, le périmètre, le rectum, l'abdomen, les organes génito-urinaires externes et internes de l'homme et de la femme. Dans les 63 cas, j'ai obtenu l'analgésie absolue et la guérison de mes malades, sans complication précoce ni tardive. Je suis donc en droit de considérer ce moyen comme digne d'entrer dans la pratique et je puis garantir le succès à qui voudra rigoureusement suivre ma façon de procéder.

I

Je me sers, pour pratiquer les injections, de la seringue de Pravaz stérilisable. L'aiguille que j'ai fait construire réalise les conditions suivantes : elle est suffisamment longue pour traverser aisément les plans qui séparent la peau de l'espace sous-arachnoïdien et dont l'épaisseur est variable suivant que les sujets sont plus ou moins gras ou musclés. Elle est en platine, facilement stérilisable et mesure 9 centimètres de long ; son diamètre externe est de 11 dixièmes de millimètre, son diamètre interne de 8 dixièmes de millimètre. Elle est assez solide pour ne pas se tordre quand le chirurgien inexpérimenté heurte les lames vertébrales avant de pénétrer dans le canal rachidien. Enfin, détail nécessaire, sa portion piquante est taillée en biseau très court. (1)

La solution de cocaïne que j'emploie est au titre de 2%. Elle doit être stérile et préparée depuis peu de jours. Toute solution ancienne doit être absolument écartée : je tiens à mettre ce point bien en relief. (2) Le liquide à injecter doit être soigneusement stérilisé. Le pharmacien de mon service, sur les indications de mon préparateur M. Hallion, procède de la façon suivante : la solution est portée à 80° C., dans un bain-marie, pendant un quart d'heure, puis laissée à 38° ou 36° pendant trois heures ; on la reporte de nouveau à 80° dans le bain-marie, puis on la laisse refroidir à 38°. Cette opération, répétée cinq ou six fois de suite, assure seule la stérilisation parfaite du liquide, sans altérer ses propriétés.

(1) Les aiguilles ordinaires, à long biseau très oblique, présentent un grave inconvénient : c'est que leur long orifice peut se trouver dans le fourreau rachidien à cheval sur la membrane, si bien qu'une portion plonge dans le liquide sous-arachnoïdien, mais que l'autre portion reste en dehors du fourreau : l'injection faite par l'aiguille s'écoulera ainsi en partie dans l'espace sous-arachnoïdien et en partie en dehors de cet espace.

(2) Dans plusieurs essais, il m'est arrivé d'obtenir une analgésie imparfaite et incomplète. Cet insuccès était dû à l'emploi d'une solution de cocaïne de date ancienne, ne présentant pas une absolue limpidité. La preuve en est qu'il suffisait, dans ces cas, de répéter sur le même sujet l'injection avec une solution fraîche, pour obtenir le résultat désiré.

La *technique opératoire* proprement dite est la suivante (3) : je pratique les injections, *le sujet étant assis*, les deux bras portés en avant. La région lombaire est aseptisée par un savonnement à la brosse et un lavage à l'alcool. Le tronc étant dans la rectitude, les crêtes iliaques sont repérées : la ligne transversale qui les réunit passe au niveau de la cinquième vertèbre lombaire (apophyse épineuse.) Au-dessous de cette ligne on peut pénétrer dans le canal médullaire.

L'index gauche marquant l'apophyse épineuse trouvée, on recommande au malade d'incliner fortement le tronc en avant, de façon à faire "gros dos". Ce mouvement a pour effet de produire entre les lames vertébrales de la vertèbre repérée et de la vertèbre sous-jacente un écartement de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ environ. A ce moment, j'ai toujours la précaution de dire au malade : "Je vais vous piquer, vous sentirez peu de chose, ne bougez pas." (4) Dans ces conditions, placé à droite du sujet, en général, je saisis entre le pouce et l'index de la main droite l'aiguille *seule*, préalablement stérilisée, et je pique à droite de la colonne vertébrale, à 1 centimètre environ de la ligne épineuse, tout contre le bord de l'index qui repère l'apophyse (5).

L'aiguille cheminant ainsi à travers la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose lombaire, les muscles de la masse sacro-lombaire, l'aponévrose d'insertion du transverse et le carré des lombes, pénètre dans l'espace interlamellaire, puis dans le canal rachidien à travers le ligament jaune. Si l'aiguille est vraiment dans l'espace sous-arachnoïdien, elle ne rencontre aucune résistance et on voit sourdre presque aussitôt, à son extrémité libre, un liquide clair, jaunâtre, qui sort goutte à goutte, quelquefois par saccades rythmiques : c'est le liquide céphalo-rachidien. Le chirurgien ne doit injecter de solution cocaïnée qu'après avoir constaté cette issue de liquide céphalo-rachidien.

(3) Dans mes premières observations et jusqu'à ces tout derniers temps, je plaçais l'opéré, pour pratiquer l'injection, dans le décubitus latéral gauche, les membres inférieurs fléchis sur l'abdomen, le tronc également fléchi en avant, le malade étant, en quelque sorte, pelotonné sur lui-même pour rendre facilement accessible sa colonne vertébrale et produire l'écartement nécessaire entre les lames vertébrales. Il m'a semblé que, dans cette position, la colonne vertébrale était sujette à des déviations, à des inflexions qui rendent la ponction lombaire parfois difficile.

(4) Grâce à cet avertissement, l'opéré ne se redresse pas sous l'influence de la piqure et n'expose pas aux fausses routes qui rendent impossibles la pénétration de l'aiguille à travers l'espace interlamellaire rétréci.

(5) Lorsque je plaçais le malade dans le décubitus latéral, l'aiguille devait être dirigée d'arrière en avant et un peu obliquement en haut et en dedans. Dans la position assise, il faut piquer perpendiculairement d'arrière en avant.

A ce moment, la seringue chargée d'un centimètre cube de solution de cocaïne à 2% est adaptée à l'arguille et l'injection est poussée lentement, de façon à être complète *en une minute*. La dose injectée ne doit pas dépasser 0 gr. 015 milligr. de cocaïne, soit un peu moins de la moitié de la seringue que j'emploie, avec la solution à 2 % (6). L'injection terminée, on retire rapidement l'aiguille et on obture l'orifice avec du collodion stérilisé.

On note la minute précise où l'injection est finie et on attend, en posant au malade des questions sur les sensations subjectives qu'il éprouve. Après un laps de temps qui, dans nos observations, a varié, suivant les sujets, entre *quatre et huit ou dix minutes*, le patient accuse des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement dans les pieds, puis dans les jambes. A partir de ce moment, on peut commencer à opérer. Progressivement, la sensibilité à la douleur et à la chaleur disparaît : la sensibilité au contact persiste seule. Enfin le système moteur lui-même peut être troublé, le sens musculaire du moins.

C'est, ai-je dit, de quatre à dix minutes après l'injection que l'analgésie complète est réalisée ; elle remonte le plus souvent jusqu'au thorax, parfois jusqu'aux aisselles. Ce n'est pas une analgésie approximative : elle est *complète, absolue* et telle que, dans une amputation de cuisse, nous pouvions demander au malade de relever son moignon par la simple contraction de ses muscles, afin de faciliter le pincement des vaisseaux. Au cours de l'opération, les patients, interrogés, accusent seulement une sensation de contact. L'un d'eux entendait scier son fémur et répondait à mon assistant qu'il n'aurait su dire si l'on sciait sa jambe ou le pied de la table. Dans une hystérectomie vaginale, la malade sentit que "quelque chose se décrochait" au moment où l'on abaissait l'utérus, mais à aucun moment elle n'accusa la moindre douleur. Au cours d'une néphrectomie lombaire, la patiente nous demanda, à la fin de l'opération, si nous commencerions bientôt à l'opérer.

La durée de l'analgésie est de *une heure à une heure et demie*. Elle m'a toujours suffi pour effectuer les interventions les plus laborieuses. La situation donnée au malade pendant l'opération ne modifie en rien l'insensibilité ; aussi ai-je toujours pu opérer correctement et placer mes malades aussi bien dans la *position inclinée* que dans le *décubitus latéral* ; j'ai agi, en un mot, comme sous l'anesthésie cérébro-spinale.

(6) Si l'on dépasse cette dose, l'anxiété épigastrique est plus forte, les vomissements plus fréquents ; souvent il se produit des transpirations et de la fréquence du pouls ; mais je n'ai jamais constaté de phénomènes inquiétants.

II

Quelques *incidents* peuvent se présenter pendant cette ponction. Chez certains sujets dont la colonne vertébrale est déviée, par une *scoliose* par exemple, on peut ne trouver qu'avec peine la ligne épineuse, et, même lorsque l'apophyse est repérée, il est parfois difficile de ponctionner entre les deux lames vertébrales dont les rapports normaux n'existent plus. Dans ces cas, on arrive quand même, après quelques tâtonnements, à pénétrer dans l'espace sous arachnoïdien. Toutes choses étant normales d'ailleurs il peut se faire aussi que la pénétration soit empêchée par un *mouvement intempes-tif* du malade qui fait dévier l'aiguille, ou par le manque d'expérience du chirurgien. Quand l'aiguille butte ainsi sur les lames vertébrales, il faut changer sa direction en haut et en bas, mais il ne faut pas s'obstiner à chercher la voie en la tournant et en la retournant; on ne réussirait qu'à émousser la pointe ou à la briser. Le mieux est de retirer l'aiguille et de faire une seconde ponction plus haut et plus bas. On peut croire aussi qu'on a pénétré dans l'espace sous arachnoïdien, alors que la solution a été injectée hors du fourreau. Le seul signe permettant d'affirmer que l'aiguille se trouve bien dans la cavité est, nous l'avons déjà dit, *l'issue de liquide céphalo-rachidien*. Si l'aiguille *laisse écouler du sang*, celui-ci peut être pur ou mélangé de liquide céphalo-rachidien; mais ce point est impossible à élucider à simple vue. Il faut donc répéter la ponction et n'injecter que lorsqu'on a vu sortir deux ou trois gouttes de liquide céphalo-rachidien pur.

Existe-t-il des *accidents* imputables à ce mode d'anesthésie par les injections sous arachnoïdiennes de cocaïne? Je puis affirmer, en me basant sur mes observations, qu'il n'est jamais survenu un accident grave. En général, les malades accusent une sensation de *pesanteur épigastrique*, un peu d'*anxiété*, des *nausées* ou des *vomissements*; ceux-ci surviennent soit au début de l'opération, quelques minutes après la piqûre, soit, et le plus ordinairement, dans les quelques heures qui suivent: ils peuvent se répéter trois ou quatre fois. Ils sont très fréquents; je les ai notés 50 fois sur 63 opérations. Ce sont des vomissements maqueux ou bilieux, peu abondants, cédant rapidement à l'ingestion de glace. La *céphalalgie* est un accident plus constant que les vomissements; le plus souvent (dans les deux tiers des cas) elle est légère—simple lourdeur de tête—elle disparaît dans la journée qui suit l'opération: mais elle peut être assez vive, provoquer une nuit d'insomnie et ne céder complètement qu'au bout de quarante-huit heures. Nous avons noté également des *sueurs*, un certain degré de *dilatation des*

pupilles, un léger *tremblement des jambes*, un peu de *rapidité du pouls*. Mais je me hâte de dire que jamais ces divers accidents n'ont présenté le moindre caractère de gravité et qu'ils disparurent très rapidement, ne se prolongeant pas au delà du jour qui suit l'opération.

J'ai observé, dans 15 cas, une élévation vespérale de la température le jour même de l'intervention. 10 fois cette élévation fut voisine de 38°, 4 fois elle atteignit 38°6, 38°9, 39° et 1 fois 40° et cela sans aucune complication opératoire. Le lendemain, la température était normale. Chez 4 opérés j'ai noté un frisson durant de dix à quinze minutes.

Ces élévations de température paraissent bien le fait d'une action sur les centres thermiques, car rien dans l'opération ne les explique ; elles ne s'accompagnent d'aucun incident du côté de la région opérée, et j'ai vu survenir après un redressement d'ankylose traumatique une température de 38°.

III

Voici maintenant la nomenclature des 63 interventions que j'ai pratiquées suivant la technique que je viens de décrire : quelques-unes ont été faites par mes élèves Cadol, Dujarier, Loubet et Neveu. J'ajouterai que ces opérations ont eu lieu devant une cinquantaine de nos collègues français et surtout étrangers.

Membres inférieurs

Ténotomies multiples ou anastomoses tendineuses.....	3
Trépanations et résections pour ostéomyélites.....	3
Arthrotomies et synovectomies.....	3
Fractures obliques de jambe (sutures).....	3
Rupture d'ankylose tibio-tarsienne.....	1
Extirpation de corps étranger du creux poplité.....	1
Fracture de la rotule (cerclage).....	1
Ostéotomies pour genu valgum.....	2
Résection du genou.....	1
Amputations de cuisse et de jambe.....	7

Organes génito-urinaires de l'homme.

Hypospadias	1
Vaginalite suppurée... ..	1

Fistule uréthro-périnéale.....	1
Exploration de cystite douloureuse.....	1
Lithrotitie.....	1
Néphrotomie.....	1
Néphrotomie lombaire pour pyonéphrose.....	1

Organes génito-urinaires de la femme.

Colporrhaphies et colpopérinéorrhaphies.....	3
Extirpation de la glande de Bartolin.....	1
Colpotomie pour suppuration pelvienne.....	1
Cystoscopie et extraction de calculs vésicaux par la taille.....	2
Hystérectomies vaginales.....	4
Laparatomie pour suppuration pelvienne.....	1

Anus et rectum.

Hémorroïdes (cure par le procédé de Whitehead).....	4
Fistules à l'anus compliquées.....	2
Extirpation du rectum.....	1

Intestin.

Hernies inguinales et crurales.....	5
Appendicites.....	5

Mes opérés étaient âgés de douze à soixante-neuf ans et comprenaient 39 hommes et 24 femmes. Je n'ai noté aucune différence marquée dans le moment où apparaît l'analgésie ni dans les incidents consécutifs suivant l'âge ou le sexe. Mais les enfants ne doivent jamais être soumis à ce mode d'anesthésie et cela uniquement parce qu'ils peuvent avoir peur. Les hystériques avérés doivent également, et pour la même raison, être exclus de cette méthode. Quant aux autres sujets, on peut, au point de vue moral leur mettre sur les yeux une simple compresse. Je dois dire que la plupart des maladies de mon service et de ma pratique privée ont refusé ce subterfuge et qu'aucun d'eux n'a présenté le moindre accident. Pendant toute la durée de l'opération ils étaient indifférents; la plupart répondait simplement aux questions que mes assistants leur posaient au sujet de leur maladie ou des sensations qu'ils éprouvaient.

Enfin, si un incident quelconque empêche l'anesthésie de se produire, l'injection ne contre-indique en rien l'administration immédiate d'un anesthé-

sique général, tel que l'éther. Dans mes premiers essais, alors que les doses ou le titre de la solution à employer n'était pas précises, j'ai eu plusieurs fois recours à l'éthérisation après injection de cocaïne. Le seul fait que j'aie remarqué dans ce cas, c'est une diminution de la période d'agitation, de malaise et d'anxiété qui marque, en général, le début de l'anesthésie par l'éther.

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

L'entéro-colite muco-membraneuse est une affection extrêmement fréquente et qui apparaîtrait plus fréquente encore si elle ne passait le plus souvent inaperçue pour les malades ou n'était longtemps méconnue par les praticiens.

L'obscurité qui a longtemps régné sur sa pathogénie et l'extrême variété des formes cliniques de cette affection expliquent le peu de place que son étude occupe dans les traités classiques. Aussi la très complète monographie que M. Gaston Lyon vient de lui consacrer vient-elle compléter heureusement la série de travaux qu'il a entrepris sur l'entéro-colite muco-membraneuse.

I. Chez l'adulte la maladie est habituellement *chronique d'emblée*, le début par antérite aiguë étant extrêmement rare. On peut aussi rencontrer des formes avec *paroxysmes* et des formes *fébriles*.

Dans la FORME CHRONIQUE, le traitement doit s'adresser surtout à l'état local, c'est-à-dire à la constipation et à l'irritation intestinale et aux douleurs qui en résultent; il doit avoir encore pour but de soutenir l'état général.

Le régime alimentaire a donc une extrême importance, il ne doit pas être exclusif et doit viser surtout à relever les forces en ne laissant pas de résidus, ce qui élimine le régime végétarien. Le régime lacté exclusif devra être réservé aux crises paroxystiques.

Parmi les aliments à permettre signalons le lait, les potages au lait et les préparations lactées; les œufs sous toutes les formes; les viandes grillées ou rôties, les cervelles, le poulet, les poissons à chair tendre, les légumes secs passés au tamis, les salades et les fruits cuits, les fromages gras, le pain en petite quantité.

Comme boisson le vin ou la bière légère coupés d'eau de source, d'eau d'Alet, de Contrexéville ou d'Evian. Les infusions chaudes sont utiles à la fin des repas.

Contre la constipation on peut utiliser la graine de lin (avant chaque repas une grande cuillerée de graines de lin épurées et trempées pendant trois à quatre minutes dans un quart de verre d'eau froide). M. Lyon préfère les graines de psyllium que les malades semblent avaler plus facilement. Le meilleur laxatif est évidemment l'huile de ricin à la dose de une ou deux cuillerées à café le matin au réveil dans du cassis.

On peut employer un certain nombre de formules à titre de succédanés.

G. Sée prescrivait avant chaque repas une cuillerée à café du mélange suivant :

Magnésie calcinée.....	} <i>àà</i> 20 grammes.
Soufre lavé.....	
Crème de tartre.....	

On peut encore prescrire de la poudre de réglisse, sous la formule suivante, par exemple :

2° Réglisse.....	} <i>àà</i> 12 grammes.
Follicules de séné pulvérisés et épurés par l'alcool	
Soufre lavé.....	} <i>àà</i> 6 —
Poudre de fenouil.....	
Sucre en poudre.....	

Cette poudre porte le nom de poudre de réglisse composée.

G. Sée prescrivait encore :

3° Extrait hydroalcoolique d'hy-	
drastis canadensis.....	1 gramme.
Follicules de séné pulvérisés...	4 —

Pour 20 pilules. Une à chaque repas.

4° Podophyllin.....	0g02 centigr.
Cascara.....	0g10 —
Extrait de belladone.....	0g01 —

Pour une pilule à prendre le soir,

5° Podophyllin.....	} <i>àà</i> 0g40 centigr.
Enonyminé.....	
Extrait de belladone.....	0g20 —
Extrait d'hydrastis canadensis	1 gramme.
Savon médicinal.....	2 —

Divisez en 20 pilules. Une à deux au diner.

Il est bon de se rappeler que la podophylle, le cascara sagrada, l'euonymine plus encore que le séné sont susceptibles de déterminer des douleurs, aussi il est bon de les associer à la belladone ou à la jusquiame.

Les lavements, les suppositoires glycerinés, les massages, l'exercice modéré de la bicyclette peuvent faire disparaître la constipation.

S'il y a des ptoses, le repos au lit ou la sangle abdominale de Glénard donnent généralement de bons résultats.

On a successivement préconisé les antiseptiques, puis à titre de décongestif l'ichtyol en lavages à la dose d'une à deux cuillerées à soupe pour un litre d'eau (Bourget, de Lausanne).

M. Revilliod préconise le lavement au bismuth :

Mucilage de pépins de coings.....	500 grammes.
Sous nitrate de bismuth.....	} <i>àà</i> 10 —
Salicylate de bismuth.....	

M. Chéron a vanté l'acide picrique. Il fait prendre au malade lorsque celui-ci a eu une garde-robe, un lavement destiné à être gardé et composé d'un demi-litre d'eau additionnée d'une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide picrique.....	1 gramme.
Eau distillée.....	120 grammes.

M. Charrin a préconisé le nitrate d'argent à 0g20 p. 1000.

Les grands lavages de l'intestin rendent parfois de réels services. Ils agissent, en effet, sur la totalité de l'intestin, entraînant les matières fécales durcies, ainsi que les muco membranes et font disparaître les phénomènes douloureux. Ils ont la même action que les douches ascendantes que l'on emploie dans certaines stations thermales, mais ils agissent avec moins de brutalité.

Voici comment on procède pour le lavage : On prend un « bock » à injections, dont le tuyau se termine par une sonde œsophagienne, ou mieux par une canule entérocluse en caoutchouc rouge. Le bock ne doit pas être élevé au delà de 40 à 50 centimètres au-dessus du plan du lit, car il importe que la pression soit modérée. Le malade doit être couché ; c'est à cette condition seulement que le liquide peut pénétrer profondément dans l'intestin, mais il n'est pas nécessaire, pour que cette pénétration ait lieu, que la pression soit élevée. Von Genersich, Lesage et Dauriac ont démontré que les pressions faibles favorisent, au contraire, la pénétration du liquide dans le décubitus dorsal. L'emploi de fortes pressions provoquera, d'ailleurs de

crises douloureuses. Il est nécessaire que la hanche gauche soit un peu plus élevée que la hanche droite.»

Ces entéroclyses peuvent être faites avec de l'eau bouillie pure. On peut encore additionner chaque litre d'un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude.....	5 grammes
Salicylate de soude.....	1 —

Ou de 4 à 5 grammes de chlorate de soude. Nothnagel emploie encore le chlorure de sodium (5 p. 1000). Les solutions boriquées ou naphtolées sont contre-indiquées comme irritantes. On a pu encore préconiser les grands lavements huileux (Fleiner).

A l'intérieur on recommande les calmants, et la belladone trouve ici une excellente indication :

Extrait de belladone.....	} àà 0g01 centigr.
Poudre de belladone.....	

Pour une pilule. En prendre une le matin et une le soir.

M. Mathieu emploie également le menthol :

Menthol.....	0g20 centigr.
Alcool.....	q. s. p. dissoudre.
Sirop simple.....	25 grammes.
Eau.....	100 cent. cubes.

Il convient en outre de traiter les troubles gastriques et de surveiller l'état général. Enfin le traitement thermal ne devra pas être négligé, et une saison à Plombières, Nérès ou Royat sera le complément de toute médication.

Dans les CRISES DOULOUREUSES PAROXYSTIQUES, il est absolument nécessaires de préconiser le repos au lit, les applications de compresses chaudes, l'emploi de la belladone, à l'intérieur ou bien en suppositoire. Si l'intensité de la douleur l'exige, on fera une injection de morphine. Mais ici encore l'indication essentielle est de nettoyer l'intestin par des purgatifs doux et des lavages.

Dans les FORMES FÉBRILES, tout autre aliment que le lait doit être interdit. Il faut administrer des purgatifs salins ou du calomel, sans en répéter l'emploi trop fréquemment. Enfin on se trouvera bien des grands lavages avec une solution étendue de nitrate d'argent (0g25 à 0g35 par litre). Dans la forme typhoïde, on préconise la diète lactée, les lavages et les bains tièdes.

II. L'entéro-colite muco-membraneuse de l'enfant débute ordinairement par une PHASE AIGUE que l'on traite par la diète hydrique (eau bouillie, trois à quatre cuillerées toutes les demi-heures) pour les enfants non sevrés. Chez les enfants sevrés, le régime lacté, les compresses chaudes les cataplasmes, les bains tièdes à 35 degrés de dix minutes seront recommandés. Si la température dépasse 39, on arrive au bain frais à 30 degrés, puis au bain froid de 28 à 25 degrés, pendant cinq minutes toutes les quatre heures.

Ici encore les lavages donnent de bons résultats.

Contre la douleur le laudanum en lavement (1 à III gouttes dans une cuillerée à soupe d'eau à 40 degrés) ou l'antipyrine (0g05 à 0g10 centigrammes dans de l'eau alcaline trois ou quatre fois par jour.

Contre la constipation de l'huile de ricin on la magnésie. Contre les selles dysentériques, l'infusion de racine d'ipéca (0g30 à 0g80 dans 100 ou 200 grammes d'eau. Si tendance au collapsus, boissons chaudes et injections de sérum (100 à 150 grammes en deux fois); chez les enfants déprimés, les petites injections répétées (10 à 20 grammes) seront utiles.

Dans la forme CHRONIQUE on empêche les lavages, les lavements huileux l'huile de ricin.

M. Comby, fait prendre dix jours par mois, matin et soir, dans une cuillerée d'eau sucrée, un paquet contenant :

Bicarbonat de soude.....	} <i>àà</i>	0,25 centigr.
Magnésie.....		—
Poudre de noix vomique.....		0,01

(Un demi-centigramme de noix vomique par jour et par année d'âge.)

Ici encore une cure à Ploumères sera un complément thérapeutique indiqué.

Quelle doit être la durée de l'immobilisation dans les phlébites ?

Les auteurs classiques, tout en étant d'accord sur la nécessité d'immobiliser pendant une longue période à la suite des phlébites, manquent de précision quand il s'agit de déterminer la durée utile de l'immobilisation destinée à prévenir l'embolie pulmonaire.

Aucune question n'est cependant plus importante, car s'il peut y avoir à redouter des embolies très tardives en mobilisant hâtivement. l'expérience

a montré, et M. Pinard a insisté sur ce point, que l'immobilisation prolongée outre mesure " impose au malade une gêne et même une souffrance inutiles et l'expose à la production de raideurs péri-articulaires et même d'ankilose, d'atrophies musculaires étendues, d'œdème chronique et de troubles trophiques cutanés, qui exigeront ensuite un traitement long et compliqué. "

M. Mériqot de Treigny vient de consacrer à ce sujet dans le *Journal des Praticiens* une intéressante étude dans laquelle il cherche à préciser les éléments qui permettent au médecin de fixer cette durée.

Les données anatomo-pathologiques montrent que " l'étendue de l'inflammation veineuse proprement dite, son intensité, le degré de virulence des agents pathogènes n'ont pas grande influence sur la fréquence et la gravité de l'embolie. Celle-ci est une conséquence mécanique et toujours possible de l'arrêt circulatoire. "

On sait qu'elle est possible même lorsque la phlébite est très légère, même lorsqu'elle passe inaperçue. Aussi lorsqu'un malade se trouve dans des conditions où il peut être exposé à une phlébite, le médecin doit-il, à la moindre élévation de température inexplicquée, explorer soigneusement le système veineux du malade et imposer le repos au lit absolu, à plus forte raison quand apparaissent des douleurs mêmes vagues, et de l'œdème mal-léolaire.

Il est difficile de trouver une base d'appréciation exacte dans les dates qui nous sont données par les différents auteurs.

Schmitt, dans sa thèse sur la phlébite rhumatismale, relate des observations où des malades purent se lever sans complication dès le vingtième jour, mais considérant ces cas comme particulièrement heureux il fixe la durée de l'immobilisation à deux mois. D'autre part on a vu des accidents survenir au bout de quarante, cinquante jours et même soixante jours (Vaquez). On a même vu l'embolie se produire au bout de trois mois (Thirial cité par Trousseau).

" En résumé, dans une phlébite à poussées successives, chaque coagulation nouvelle qui se forme, demande à peu près le même temps pour se fixer et la durée de l'immobilisation ne doit être calculée qu'à partir de la dernière rechute. Il en résulte, nécessairement, l'obligation de surveiller de près l'évolution de la maladie, pour surprendre toute extension même légère du processus inflammatoire. La marche de la température peut être considérée comme un guide assez sûr, chaque étape nouvelle étant indiquée par une élévation qui se maintient au moins quelques

jours. La persistance de la douleur et surtout sa réapparition, après qu'elle a cessé, sa localisation sur une région nouvelle sont des signes dont il faut tenir grand compte. Chez un malade ayant une jambe atteinte, des douleurs persistantes dans le bas ventre annoncent souvent quelques jours à l'avance l'extension à l'autre membre. Si la phlébite a envahi les veines superficielles de la cuisse, on pourra voir la douleur et le gonflement gagner de proche en proche le côté opposé par les anastomoses médianes (Berger.) Même avec peu de douleurs, une extension brusque et persistante de l'œdème indique une nouvelle coagulation. Enfin, tant que la marche envahissante de la maladie n'est pas arrêtée, l'état général n'est pas complètement satisfaisant, le sommeil reste imparfait et l'appétit languissant. On constate, au contraire, une amélioration franche, quand la maladie entre dans la période de réparation.

En somme, E. Mérigot de Treigney estime que le temps de l'immobilisation nécessaires peut être fixé à six semaines, terme moyen, à deux mois au maximum, à partir de la dernière rechute. Il est à noter que cette estimation correspond sensiblement aux formules de M. Pinard, de MM. Ribemont et Lepage : 30 et 40 jours après la cessation de la fièvre.

Cette limite de 6 à 8 semaines est-elle toujours suffisante ? Non. Dans les cas où, à un moment quelconque de l'évolution de la phlébite, on aura constaté des signes capables de faire seulement soupçonner une petite embolie, tels que : apparition soudaine de gêne respiratoire, point de côté, frissonnement ou malaise mal défini du côté de la poitrine, dans les cas surtout où l'embolie aura été certaine, nous croyons que la prudence exige une nouvelle période d'immobilisation d'au moins six semaines à partir du jour de l'accident. Si cette prolongation peut être excessive, la gravité du danger suffit à justifier une prudence exagérée. Les embolies, en effet, se répètent souvent à intervalles plus ou moins rapprochés et des accidents très peu importants, en apparence, peuvent être les signes avant-coureurs des complications les plus redoutables.

Le malade, une fois autorisé à se lever, ne devra accomplir cet acte qu'avec les plus grandes précautions et, autant que possible, sa première tentative sera faite sous la surveillance du médecin. Les régions atteintes auront été, au préalable, recouvertes d'un tissu souple et élastique, capable d'exercer une compression modérée et méthodique. Pendant les premiers jours, les mouvements brusques et la flexion exagérée de certaines jointures, telles que la hanche et le genou, seront évités. Enfin, on n'apportera pas

trop de hâte à traiter .les raideurs péri-articulaires, les amyotrophies et l'œdème persistant. ”

Bien que la mobilisation soit recommandée par un certain nombre d'auteurs, M. Dregon, entre autres, dès la chute de la fièvre, le fait de Thierial, cité plus haut, nous montre qu'on doit toujours être extrêmement prudent, et que même à longue échéance on peut toujours craindre une rechute et une embolie.

Gaz. des Hôpitaux.

TROIS EN MÊME TEMPS.

Je venais de trouver dans ma malle du jour un précieux envoi du Dr Choquette, ses “ CARABINADES ”, et je me hâtai d'en dévorer quelques pages, lorsqu'on me remet mon journal quotidien où je lis : “ Pour le concours littéraire c'est le Dr Choquette, auteur des “ RIBAUX ”, qui est sorti vainqueur du concours. Ses adversaires étaient MM. Ls. Fréchette et Phamphile Lemay. ” Et la sonnette du téléphone me donne à peine le temps de parcourir ces consolantes ligues que j'entends : “ Hello...Hello...Choquette vient le 25 à notre convention de la Société Médicale ”, me crie l'ami Verge “ Vrai ? ” “ Il me promet de faire l'impossible pour y venir, et c'est assez ; je suis sûr de lui. ”

Trois bonnes nouvelles à la fois, et du même confrère : c'était trop ; je croyais rêver.

Nous sommes si peu accoutumés aux joies littéraires dans la profession médicale que franchement j'en étais tout surpris et heureux.

Aussi, décrocher la palme avec des adversaires comme Fréchette et Lemay, ce n'est pas peu ; c'est bien mériter des vôtres, docteur, et bien que l'espace et le temps nous manquent presque totalement, nous voulons être des premiers à vous dire combien cela flatte et réjouit vos confrères.

Je n'ai pu lire que quelques pages des “ CARABINADES. ” Que de charmes, que de douceur, que de grandeurs d'âme elles renferment ! Ce sont autant de gracieuses idylles où les plus jolies scènes champêtres se mêlent aux plus beaux tableaux de la vie de *carabin*.

Personne ne passera devant “ LE LIT NO 38 ” de l'hôpital sans se rappeler cette jolie petite enfant de France ” dont le cœur chez elle avait tué la raison ” et qui s'était envolée au delà de l'Atlantique avec un de ces hommes qui endeuillent toujours les foyers où ils vont s'asseoir ”, pour venir

terminer sa phtysie et ses dorniers malheureux jours au "LIT NO 38" de l'hôpital.

Relisez : "avec mes chiens", et dites-moi si l'auteur n'a pas mérité, et richement, les lauriers qu'on lui décerne. Et tout est de ce même style naturel, gracieux et entraînant. Ce livre est digne des honneurs de tous les les foyers.—Il faut le lire.

Ce petit livre, imprimé sous une forme élégante, est en vente à 50 centins chez tous les libraires, ou directement de l'auteur, DR. CHOQUETTE, St Hilaire, Cité Rouville, P. Q.

P. V. F.

Convention de la Société Médicale de Québec

Le dernier numéro du Bulletin annonçait aux lecteurs que la Société Médicale de Québec avait conçu le projet de réunir en convention tous les médecins d'ici et des districts environnants. Aujourd'hui on est heureux d'ajouter que ce projet est une chose assurée.

Le 25 et le 26 Juin seront donc pour la profession médicale de cette partie de la province deux jours mémorables. En effet l'adhésion enthousiaste de tous ceux qui ont été invités à y prendre part, l'ardeur avec laquelle on s'est mis aux travaux scientifiques, laissent entrevoir un succès éclatant. Aussi la Société Médicale n'épargne rien dans ce but et dès maintenant elle est heureuse de pouvoir lui offrir le programme qui suit :

PROGRAMME

DES FÊTES A L'OCCASION DU 4^{ème} ANNIVERSAIRE DE FONDATION DE LA
Société Médicale de Québec.

25 et 26 JUIN 1900

Séance du 25 Juin (Salle des Cours Littéraires de l'Université.Laval.)

A 8 heures P. M.



1^o Discours de bienvenue aux médecins par le Recteur de l'Université Laval.

2° Choix du président de l'assemblée.

3° Discours du Doyen de la Faculté de Médecine: M. le Dr L. J. A. Simard, Québec. " Les progrès de la science médicale à Québec depuis 1852, date de la fondation de l'Université-Laval "

4° La question de rémunération professionnelle et de tarif médical par MM les Drs Geo. Paquin, Portneuf, et M. E. Chevalier, St Jean.

5° Du rôle du médecin dans la prophylaxie privée et publique de la tuberculose, par M. le Dr R. Fortier.

6° " Du rôle littéraire du médecin " et lecture, par l'auteur lui-même, d'extraits de ses " Carabinades." M. le Dr. Choquette, St Hilaire. P. Q.

7° " Réciprocité interprovinciale " par M. le Dr L. J. O. Sirois, St-Ferdinand d'Halifax.

8° " Projet d'une seconde convention pour 1902 et de la célébration du cinquantième de l'Université Laval " par M. le Dr C. R. Paquin, Québec

9° Projet de la fondation d'une Association médicale française de l'Amérique du Nord " par M. le Dr M. D. Brochu, Québec.

BANQUET DU 25 JUIN

A huit heures P. M.

ORDRE DES TOASTS

1° *La Reine.* Proposé par M. le Président de la Société Médicale.

2° *La ville de Québec.* Proposé par M. le Dr. Brochu.

3° *L'Université Laval.* Proposé par M. le Dr Dorion, réponse par M le Dr. Edw. Turcot.

4° *La fête du jour.* Proposé par M. le Dr. Jobin, réponse par M. le Dr. Arthur Simard.

5° *La profession médicale.* Proposé par M. le Dr Rousseau, réponse par MM. les Drs Grégoire (lecture d'une poésie de circonstance) Drum, Choquette, Lord et Potvin.

6° *Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.* Proposé par M. le Dr Ed Lebel.

7° *Les Sociétés sœurs.* proposé par M. le Dr. C. R. Paquin.

8° *La presse Médicale.* Proposé par M. le Dr Alph. Lessard, réponse par M. le Dr P. V. Faucher.

9° *Le Conseil d'hygiène de la Province.* Proposé par M. le Dr R. Fortier.

10° *Les Dames*. Proposé par M. le Docteur DeVarennés, réponse par M. le Dr. Masson Québec.

11° *Le Président de la Société Médicale de Québec*. Proposé par M. le Dr Guérard, Québec.

SÉANCE DU 26 JUIN

Salle des Cours Littéraires (Université-Laval)

A. 9.30 heures A. M.

1° Ouverture de la séance par M. le Président de la Société Médicale, M. le Dr M. J. Ahern, Québec,

2° Rapport des travaux de la Société depuis sa fondation, par M. le Dr P. V. Faucher, Québec, Secrétaire conjoint de la S. M. Q.

3° Réception des nouveaux membres.

4° De l'insuffisance de la dépuratation urinaire, par M. le Dr. Brochu, Québec,

5° Du traitement chirurgical de la pleurésie purulente compliquée de tuberculose" par M. le Dr A. Marois, Québec,

6° Des applications modernes de l'électricité en médecine par M. le Dr. Chs. Verge, Québec,

7° Des phénomènes morbides et reflexes du côté des voies respiratoires chez les enfants, par M. le Dr. C. R. Paquin

8° Des obstructions urinaires, et de leur traitement par M. le Dr Art. Simard, Québec

9° Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par M. le Dr. S. Grondin, Québec

11° Des injections médicamenteuses trachéennes par M. le Dr L. J. N. Fiset, Québec.

12° Les examens chimiques et bactériologiques au point de vue clinique par M. le Dr A. Rousseau, Québec.

13° Chirurgie militaire par M. le Dr Elliot

14° Visite aux laboratoires de chimie et de biologie.

Après-Midi

Bien que ce programme semble déjà rempli, on vous apprend à la dernière heure, qu'il sera considérablement augmenté, et au point de vue scientifique et du côté des réjouissances. Notons, entre autre chose, une promenade dans le port, de quelques heures, avec orchestre et rafraichissements. Les dames seront invitées à rehausser de leur présence cette jolie excursion.

Que tous les confrères dont nous aurons à regretter l'absence comptent sur le BULLETIN pour avoir un rapport fidèle de ce mouvement progressif.

Nouveaux Confrères

Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à onze nouveaux confrères qui viennent d'être gradués à l'Université Laval de Québec. Puissent-ils trouver la lutte pour la vie moins lourde que la tâche du collègien !

Avec ses meilleurs vœux le BULLETIN offre donc ses plus sincères félicitations aux élus dont les noms suivent :

MM. Evariste Bolduc, Jos DeVarences, Eugène Dionne, Emile Gilbert, Emile Filion, J. O. Drouin, Pierre Milette, A. G. Pelletier, J. P. Pinault, de Matane, Bern. Verret, J. M. Samson.

CORRESPONDANCE

Montréal, 28 Mai, 1900

Monsieur le rédacteur,

Le sept avril dernier, M. le docteur Gauvreau écrivait dans *La Patrie* de Montréal une correspondance furibonde contre l'Institut vaccinal, et critiquant vertement notre manière d'agir. Nous avons répondu à toutes ces accusations injustes dans *La Patrie* du 28 avril, et voilà que de nouveau, nous lisons la même correspondance dans *Le Bulletin Médical*, mais cette fois agrémentée de *phrases piquantes* et de *traits d'esprit*.

Pour toute réponse à ce Monsieur, nous vous demandons Monsieur le rédacteur de pouvoir faire paraître dans *Le Bulletin Médical* l'article de *La Patrie*, où nous avons défendu nos idées et où nous avons donné au Docteur Gauvreau les explications voulues.

Monsieur le directeur,

Il est paru dans *La Patrie* du 7 Avril dernier, une correspondance du Dr Gauvreau de Québec, portant contre notre Institut vaccinal les accusations les plus injustes.

Nous aurions méprisé de répondre à ce Monsieur, si celui-ci n'avait pas saturé son élucubration d'erreurs grossières et d'assertions mensongères.

Il nous reproche, en des termes pleins d'indignation, ces quelques lignes d'encouragement que Jacques Bonhomme, le Chroniqueur de *La Patrie* avait bien voulu écrire pour nous, et cela de sa propre volonté !

Nous ne cherchons pas la réclame, des journaux politiques, mais notre œuvre étant considérée à Montréal, comme éminemment humanitaire, il est tout naturel que nos grands journaux se plaisent à la faire connaître au Canada et à l'étranger.

Le public, ne lisant pas les revues médicales où nous pouvons annoncer sans froisser le trop susceptible docteur Gauvreau, a besoin d'être bien renseigné sur un établissement qui n'existe que dans le but unique de le préserver du fléau de la variole, et c'est dans cette intention que les journalistes de notre ville se sont plu à signaler à nos concitoyens la naissance à Montréal, d'un nouvel institut vaccinal, pouvant rivaliser avec ceux des Etats-Unis.

Donc, la chose réduite à sa plus simple expression, il ne reste rien qui puisse légitimer toute cette colère, tout ce potin, du docteur Gauvreau, à propos d'une prétendue réclame faite en faveur de notre institut.

Maintenant attaquons le côté scientifique de cette fameuse correspondance.

M. le Dr Gauvreau, à moins que la jalousie ait mis un bandeau sur ses yeux, alors que sa main traçait ses anathèmes foudroyants, a fait jureu dans sa lettre d'une parfaite ignorance des lois les plus élémentaires de la bactériologie.

Nous savons que le bichlorure de mercure, où son pouvoir antiseptique ne peut servir aux inoculations et à la culture du vaccin ; nous nous servons pour ces délicates opérations d'eau boriquée, mais nous avons le soin, ce que veut ignorer le docteur Gauvreau, de stériliser nos instruments et nos habits, de nous laver les mains au bichlorure de mercure, de prendre, en un mot, toutes les précautions antiseptiques et aseptiques qu'exige la science moderne.

D'ailleurs, notre institut est ouvert à tous, et nombre de médecins nous ont vu à l'œuvre, de plus, M. le Dr Laberge, médecin de la ville de Montréal, et M. Wyatt-Johnston, médecin-bactériologiste du Conseil d'Hygiène Provinciale, ont visité minutieusement notre Institut et tous deux se sont déclarés enchantés de notre installation, et ont approuvé entièrement notre manière d'inoculer et de récolter notre vaccin.

La lymphé glycérinée, qui est peut être inconnue à M. le docteur Gauvreau, et que nous fabriquons à l'instar des instituts américains et étrangers, est la forme de vaccination que nous avons adoptée de préférence et que nous cherchons à rendre générale en notre province, n'en déplaise au propriétaire de l'Institut vaccino-gène de Québec. Quant aux pointes nous

nous en servons également, mais viendra un jour où cette dernière méthode sera presque abandonnée, et alors que fera le docteur Gauvreau ? Hélas !

Vous voyez par ces lignes précédentes, cher docteur, que nous ne vous avons pas volé votre manière de fabriquer le vaccin : nous avons suivi des cours spéciaux à New-York et à Boston, et nous croyons que les établissements vaccinogènes de ces dernières villes sont tenus suivant toutes les exigences de la science moderne.

Mais, comme vous semblez le prétendre, à quoi cela sert-il d'avoir un laboratoire de bactériologie, une chambre de stérilisation, une salle d'opération, etc. Il suffit d'un seul et même appartement où tout, veau, instruments, microscope, se mêle dans un désordre qui n'est plus un effet de l'art.

Nous vous plaignons, docteur, car votre " je m'en fichisme " vis-à-vis de l'antiseptie ne vous placera par bien haut dans la pensée de votre public médical, oui, sincèrement, nous vous plaignons !

Maintenant, un dernier mot, docteur. Nous nions formellement de nous avoir donné notre parole de ne pas établir d'institut vaccinal à Montréal, et si quelqu'un dans toute cette affaire, a agi avec mauvaise foi, c'est bien celui qui voulait nous vendre ce qui ne lui appartenait pas.

Vous avez reçu \$24,930.38 du gouvernement, de 1886 à 1900. Diantre ! vous n'avez pas à vous plaindre, et une œuvre philanthropique aussi largement subventionnée par le gouvernement sourirait à tous ; ce serait même une bonne affaire.

En somme, docteur ne vous tourmentez plus, et, malgré les sommes énormes que nous avons dépensées pour notre institut, malgré les gras pâturages où vos veaux se reposent, nous existerons, et nous suivrons la méthode que nous avons adoptée, sur les conseils des directeurs des grands instituts vaccinogènes des Etats-Unis.

A bon entendeur, salut.

Les Directeurs de l'Institut Vaccinal de Montréal.

10 Avril 1900.

A tout ce qui précède, nous n'ajouterons qu'un mot M. le docteur Gauvreau se souvient-il d'avoir déclaré publiquement, en 1894, que l'antiseptie la plus rigoureuse devait présider aux différentes opérations qui se pratiquent dans un institut vaccinogène, et que lui-même se servait du *bichlorure de mercure* dans les inoculations aux génisses ?

Nous n'insistons pas plus pour le moment.

LES DIRECTEURS DE L'INSTITUT VACCINAL DE MONTRÉAL.

28 Mai 1900.

NOTE DE LA RÉDACTION.—Nous désirons faire noter à nos lecteurs que la part que la Société Médicale a prise sur cette question d'instituts vaccino-gènes, n'est que relative et tout à fait désintéressée. Nous laissons aux signataires toute la responsabilité de leur polémique.

Si la Société médicale à sa séance d'avril a cru bon de passer la résolution qu'on connaît, c'est sur la foi des inspecteurs de l'institut de M. le Dr Gauvreau et en raison des services que son vaccin avait rendu à la pratique depuis 15 ans sans jamais avoir eu d'accidents notables à enregistrer.

NOUVELLES

Nos meilleurs souhaits de bonheur accompagnent notre ami, le Dr. Geo. Cloutier, de St George, Beauce, en voyage de noces. Il vient d'épouser Mademoiselle Marie-Louise Bolduc, fille aînée de l'honorable Joseph Bolduc, ancien sénateur.

Nous saluons le retour au milieu de nous du Dr. W. Verge, de cette ville, et du Dr S. Roy de Beauport, qui arrivent de Paris.

Il nous est bien difficile de passer sous silence le malheureux duel entre le professeur Pozzi de Paris et le Dr DeVilliers, à propos du rôle qu'a joué le premier dans le procès de la Haute Cour. L'honneur a été satisfait après une blessure à la main du Dr Pozzi. Oh ! la belle méthode de couvrir son honneur que celle-là.....

Le Dr P. A. Drouin a transporté son bureau au No. 217 rue Des Fossés, St Roch.

NECROLOGIE

Au moment de mettre sous presse on nous apprend la triste nouvelle de la mort de Madame Arthur Lavoie de Sillery, âgée de 30 ans. LE BULLETIN est exceptionnellement sensible au deuil profond de notre ami. Cette femme admirablement douée, à tout point de vue emporte les regrets d'amis aussi nombreux que ceux qui l'ont connue. Mde Lavoie était la fille de M. le Dr N. Dion de l'Islet et la sœur du jeune Dr Alph. Dion également de l'Islet. A la famille éplorée ainsi qu'à cet ami si cruellement atteint nous offrons nos plus vives sympathies.
