

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées. |
| <input type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure. | | |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | |

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie, &c.

SOUS LA DIRECTION DES

DRS. A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS

VOLUME XVI

NOUVELLE SERIE. . . . VOLUME I



MONTREAL:

CIE DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUM

30 rue St-Gabriel

1887.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie, &c.

SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

VOLUME XVI

MONTREAL, 1887

} NOUVELLE SERIE
VOL. I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE.

De Phématémèse.

MESSIEURS,

La malade que je vous présente aujourd'hui est âgée de 38 ans, et est blanchisseuse de son état. Elle est anémique et l'a toujours été. Elle nous arriva le 28 novembre dernier, souffrant des suites d'une hématurie. Le rapport de la patiente elle-même tendrait à faire croire que cette hématurie aurait eu pour cause une indigestion consécutive à un repas très copieux composé d'un mets essentiellement canadien : *le pâté (tourtière) à la viande!* Immédiatement après ce repas, la malade se livra à un rude travail, celui du *repassage*, quand, au bout de deux heures environ, survinrent les premiers symptômes de l'indigestion dont j'ai parlé! Les vomissements ne se montrèrent que dix-huit heures après le début des accidents; ils se composaient alors exclusivement de matières alimentaires. Un malaise plus ou moins marqué continua à se manifester du côté de l'estomac, et ce ne fut que le lendemain que l'hématurie fit son apparition, et cela, à deux reprises. La première fois, le sang était rouge clair; la seconde fois, noir et coagulé. La perte de sang fut assez considérable pour affaiblir

la malade et même lui faire perdre connaissance. Durant les quelques jours qui suivirent, du sang fut passé par les selles.

Cette personne avait toujours, jusqu'alors, joui d'une assez bonne santé. L'histoire de sa famille ne nous fournit aucun renseignement.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas d'hématémèse, la première pensée qui doit se présenter à l'esprit, c'est qu'on a affaire à un ulcère de l'estomac ou peut-être à un cancer. Cependant, règle générale, l'ulcération de l'estomac est précédée des symptômes caractéristiques de cette affection, savoir : la douleur, l'indigestion et les vomissements. D'après le rapport de la malade, rien de tel ne s'est présenté dans son cas.

Dans le cancer, l'hématémèse se montre habituellement à la période de ramollissement de la masse cancéreuse, et alors le sang, au lieu de s'échapper abondamment, est rejeté en petites quantités à la fois (*marc de café, poussière noirâtre*). Alors aussi, d'autres symptômes particuliers au cancer accompagnent le vomissement de sang. Cependant, Messieurs, l'hémorragie peut être précocce, ainsi que le prétend Trousseau, et précéder de quelques mois, voir même de quelques années le développement du cancer. Mais laissez-moi vous dire que la chose est fort rare, du moins en ce pays.

L'hématémèse reconnaît encore d'autres causes, *v. g.* gêne de la circulation porte au niveau du foie, par suite de maladie de cet organe ou par affection organique du cœur, les anévrysmes siégeant à l'estomac, ou dans son voisinage immédiat et s'ouvrant dans cet organe, l'ingestion de quelque substance irritante ou corrosive, etc., mais dans ces cas les signes propres à ces derniers accidents seront là pour éclairer le diagnostic. L'hémorragie peut enfin être supplémentaire, se montrer au lieu et place de la menstruation, mais ici la malade a toujours été menstruée régulièrement. Le diagnostic reste donc à faire entre l'ulcère et le cancer de l'estomac. Cette personne n'a présenté aucun des symptômes de l'ulcère gastrique ; elle n'a pas, dans le passé, souffert d'indigestion ni même de tout autre trouble gastrique se rapportant à l'ulcération. Quant au cancer, rien n'indique, pour le moment, l'existence de cette affection chez notre malade, à moins que nous n'ayons affaire à une de ces hématémèses précoces et rares dont nous parlions tout à l'heure.

Si nous prenions en considération le début de cette hémorragie, nous inclinierions à croire que l'accident doit être rangé au nombre de ces hématémèses dites idiopathiques, reconnues par Flint, et qui reconnaîtraient ici, pour point de départ, les troubles gastriques résultant de l'indigestion.

Mais devons-nous accepter sans hésitation le rapport de la malade qui dit avoir *vomi* du sang ? Ne pourrait-elle pas l'avoir *craché* ? Cette question se pose ici avec autant plus d'à-propos que

la plupart des sujets qui se présentent à nous souffrant d'hémoptisie commencent toujours par nous confier qu'ils ont *vomi* le sang.

Dans l'hémoptisie, le sang est rutilant, aéré, et fait suite à des efforts de toux, et le malade, toutes choses égales d'ailleurs, s'affaiblit beaucoup plus à la suite de l'hématémèse qu'à la suite de l'hémoptisie.

Durant l'hémoptisie la voix est généralement plus ou moins voilée, et les crachats contiennent toujours un peu de sang, plus ou moins foncé cette fois, durant les quelques jours qui suivent l'hémorrhagie. Au contraire, dans l'hématémèse, le sang peut bien être rouge au début, mais pour peu qu'il ait séjourné dans l'estomac, il prend une teinte plus foncée; au lieu d'être aéré, il a plutôt une consistance sirupeuse. En outre, il est plus ou moins mélangé aux aliments contenus dans l'estomac. Dans l'hématémèse, il est rare que les vomissements soient nombreux; enfin j'ajouterais que la plupart du temps l'hémorrhagie de l'estomac s'accompagne de syncope. Fort heureusement cette syncope est salutaire, en ce sens qu'elle contribue puissamment à faire cesser l'hémorrhagie. La pâleur de la face est généralement très marquée, de même que la faiblesse générale, tandis que dans l'hémoptisie la face est animée et la faiblesse n'est pas proportionnée à la quantité de sang expectorée, sauf dans le cas, tout à fait exceptionnel, où l'hémoptisie est foudroyante.

Le traitement, dans le cas qui nous occupe, comporte deux points principaux: Repos absolu et hygiène. Le malade doit garder autant que possible la position horizontale, la tête légèrement élevée et les jambes pendantes. La chambre devra être bien ventilée, et abondamment pourvue d'air frais. Repos absolu de l'estomac, aussi longtemps que la chose se pourra faire; tout au plus permettra-t-on au malade de sucer de petits morceaux de glace. Quant aux médicaments, un excellent moyen de combattre l'hémorrhagie, c'est l'injection hypodermique d'ergotine, à la dose de 2 grains, d'après la formule suivante recommandée par Bartholow:

Ergotine (extrait aqueux),	1	drachme
Glycérine.....	1	"
Eau distillée.....	7	drachmes

M.—Dose: 16 minimes (2 grains d'ergotine), en injection sous-cutanée, et répéter au besoin. Des applications froides sur la région épigastrique sont rationnellement indiquées.

LETTERES AUX DEUX WILERID.

SIXIÈME LETTRE.

De la blennorrhagie.

Mes chers amis. " Sur cent individus, disait Lisfranc, il y en a au moins quatre-vingts qui l'ont eue, qui l'ont, ou qui l'auront."

La blennorrhagie est donc une maladie bien commune, et je suis convaincu que plus d'une fois, depuis le début de votre carrière, il vous a été donné de prodiguer à quelqu'infortuné le secours de vos lumières et les consolations que pouvaient vous inspirer votre charité et peut-être aussi les souvenirs cuisants de votre expérience personnelle.

Avant même que la docte Faculté vous eût décerné le légitime pouvoir de "*coupare, medicare et occidere impune per totam terram*" vous avez dû avoir l'occasion d'engager le fer avec cette incommode affection qui choisit avec tant de sollicitude ses vic times au milieu de la jeunesse.

En effet, les jeunes étudiants récemment blessés à la suite d'inavouables imprudences, confient plus volontiers le secret de leurs peines à leurs amis, les *suissants*, qu'à leurs professeurs dont l'austérité les intimide.

Vous êtes fiers de votre expérience et vous vous ôtez, sans doute, que j'aie choisi pour sujet de cette lettre une maladie que vous connaissez depuis longtemps et sur le compte de laquelle vous êtes amplement renseignés.

Je ne puis me défendre de l'idée qu'il existe pourtant quelques coins de la question que vous n'avez pas encore défrichés, et si vous voulez m'accompagner, nous allons ensemble faire un *bout de terre neuve*.

On entend par blennorrhagie une inflammation spécifique virulente, ayant son siège habituel sur les muqueuses génito-urinaires de l'homme ou de la femme, et dont le caractère principal consiste en une sécrétion plus ou moins abondante de mucus.

Elle est, en outre, accompagnée de mictions fréquentes et douloureuses; le malade urine des *lames de rasoir*; les érections sont pénibles et surviennent surtout la nuit, sans motif, l'écoulement, d'abord léger et blanchâtre, devient bientôt plus abondant et prend une coloration jaune-verdâtre.

Or, chaque fois que vous vous trouverez en présence des symptômes que je viens d'énumérer, n'hésitez pas à déclarer que l'indi-

vidu qui les offre est atteint de blennorrhagie, c'est-à-dire affecté d'une maladie virulente *sui generis*, contractée au contact d'un virus spécial.

La blennorrhagie seule engendre la blennorrhagie, et c'est une erreur de croire que cette maladie soit susceptible de se développer sous l'influence de causes irritantes ordinaires.

Je sais bien que cette proposition me met en contradiction avec ce que vous avez dû lire dans bon nombre d'ouvrages certes fort recommandables. Mais que voulez vous ? En médecine, quelle que soit l'autorité de celui qui parle, nous avons droit, aujourd'hui plus que jamais, d'exiger que toute conclusion doctrinale soit appuyée sur des faits positifs clairement démontrés.

Je me répugne toujours d'accepter, sans discussion, des opinions qui ne découlent que de déductions faites *a priori*.

Les causes les plus fréquentes qu'on attribue à la blennorrhagie, en dehors de la contagion, sont : les excès de table, la leucorrhée, le coït pratiqué avec trop de violence ou pendant une époque menstruelle.

Eh bien, mes chers amis, je vous le demande, ne croyez-vous pas que si ces conditions étaient susceptibles d'engendrer la blennorrhagie, ne croyez-vous pas que cette dernière serait infiniment plus fréquente ? Le nombre de ceux qui s'exposent à l'influence prétendue si néfaste de la leucorrhée, du sang des règles, etc., est tellement considérable que si le coït pratiqué dans ces conditions devait créer la chaudepisse, il resterait bien peu de chances au virus blennorrhagique de trouver des victimes. Ce puissant agent ne constituerait plus qu'une exception parmi les causes de la blennorrhagie et devrait être relégué au dernier plan.

Malgaigne commençait un jour une leçon clinique par ces mots : " Messieurs, toutes les femmes perdent en blanc, même madame Malgaigne."

En effet, chez les femmes, la leucorrhée est la règle générale, et vous voyez d'ici quel triste sort serait réservé aux mortels si l'homme se trouvait exposé à contracter la blennorrhagie en exerçant ses légitimes prérogatives sur un pareil terrain. " Tous les hommes perdent en blanc " aurait pu ajouter Malgaigne.

Je conviens qu'on accorde à la leucorrhée une influence bien inférieure à celle du virus blennorrhagique, mais son infiniment plus grande fréquence établit, dans l'espèce, une ample compensation, et les résultats devraient être les mêmes.

Puis, le sang des règles, faut-il, lui aussi, l'incriminer ?

Rassemblez vos souvenirs. Vous connaissez la loi de Moïse : " La femme qui souffre ce qui, dans l'ordre de la nature, arrive chaque mois, sera séparée pendant sept jours."

Vous savez quel cas les étudiants font de ce sage conseil du grand législateur des Hébreux ?

Ils recherchent même ce qu'ils devraient éviter, et combien d'autres sont étudiants sous ce rapport !

Cependant avez-vous jamais rencontré un seul exemple d'une blennorrhagie contractée dans ces conditions ?

Enfin, les rapprochements sexuels prolongés et violents, pratiqués à la suite de repas copieux et recherchés ne se comptent plus, ils se nomment légion. "*Sine Cerere et Baccho friget Venus.*"

Honneur aux exceptions, mes chers Wilfrid, dans lesquelles vous rangent mon amitié et ma considération pour vous ! Mais, du haut de ces calmes réserves où la sagesse vous a fait réfugier, voyez cette foule innombrable d'humains altérés de jouissances et de volupté ; brûlants de fièvre, ils recherchent avec avidité tout ce que la liberté, la licence peuvent leur accorder de raffinements sensuels ; ils puisent chez Cérès et Bacchus les éléments dont ils croient avoir besoin pour assouvir l'impétuosité de leurs désirs. Dans leur délire, ils bravent tout ; leucorrhée, menstruation, fatigues, insomnies.

Parcourez le lendemain le champ de bataille, qu'y trouverez-vous ? De la pâleur des traits, des regards éteints, de l'énervement, de la gastrite souvent et peut-être quelques illusions effeuillées, mais de la blennorrhagie ? jamais ; à moins que quelque gonococcus furtif n'ait préalablement dissimulé traitreusement sa présence sous des lèvres roses et crues immaculées.

Sur quelles preuves s'appuient donc ceux qui prétendent que la blennorrhagie peut être produite par des causes autres que la contagion.

Est-ce sur les symptômes particuliers offerts par la maladie ? Non. "Aucun caractère différentiel, dit Langlebert, ne permet de distinguer une blennorrhagie de contagion, c'est-à-dire causée par le contact du mucus blennorrhagique, d'une blennorrhagie résultant, par exemple, d'excès vénériens avec une femme affectée d'un simple catarrhe utérin ou ayant ses règles Il est impossible, une blennorrhagie étant donnée, de savoir *a priori* dans quelles conditions de santé se trouve la personne qui l'a communiquée."

Si, dans tous les cas, les symptômes sont les mêmes ou si les variations qu'ils peuvent offrir sont impuissantes à éclairer l'origine de la maladie, une blennorrhagie étant donnée, sur quoi reposera donc l'assertion qu'elle ne s'est pas développée à la suite d'un contact impur ?

Ah ! voici ; c'est que dans certains cas, il paraît absurde de songer à incriminer une des parties en cause. C'est qu'il existe des circonstances où tout concourt au refus de croire à la contamination possible de l'être adéquat qu'on pourrait être tenté de soupçonner.

Mes bons amis, arrêtons-nous ici, comme dans "*le Châlet*" d'Adam.

Je m'adresse à des médecins, et ce que j'ai à vous dire possède

un caractère professionnel qui justifie entièrement une liberté d'expression inacceptable dans tout autre milieu.

Vous êtes jeunes encore et votre inexpérience relative de ce qu'on appelle le monde ne vous a pas encore fourni l'occasion de connaître par vous-mêmes tout ce qu'a d'étrange l'organisation de cette merveille de la création : la femme.

On dit beaucoup de bien de la femme ! On a vanté sur tous les tons ses belles qualités, sa bonté, sa douceur, sa beauté : certes, les panégyristes ne lui manquent pas.

Verrons-nous, un jour, la description du revers de la médaille ? Je l'espère, mais assurément, ce n'est pas moi qui me mettrai à la tête d'une si dangereuse entreprise.

Accusez-moi de pessimisme, si ça vous plaît, mais je vous fais franchement l'aveu que je redoute les femmes ; je les redoute toutes presque sans exception.

Quelles que soient les conditions sociales dans lesquelles elles vivent, à un moment donné elles dissimuleront ; si ce n'est pas par intérêt, ce sera par un besoin instinctif inhérent à leur nature.

François 1er est mon homme !

"Souvent femme varie, bien fol est qui s'y fie."

Délivrer d'emblée un brevet d'innocence ou d'honnêteté à une femme quelconque uniquement à cause de son apparence d'ingénuité ou en considération du rang qu'elle occupe dans la société et dans l'estime du public, est une imprudence qui ménage à son auteur bien des déceptions.

Un jour, un de mes plus intimes amis vint me consulter au sujet d'un écoulement qui, depuis la veille, lui torturait l'urèthre et l'esprit.

Je l'examinai soigneusement.

— "C'est la chaudepisse," lui dis-je.

— "Impossible," me répondit-il avec assurance,

— "Mais pourquoi donc ? Les princesses, les rois y sont exposés comme le plus humble de leurs sujets."

— "Mais enfin, je n'ai vu aucune femme."

— "Je ne crois pas à la génération spontanée."

— "Voyons, fit-il, trêve de plaisanteries. Je vais te dire la vérité : Je n'ai eu de rapports qu'avec une seule personne, et j'ai en elle la plus grande confiance, car je suis certain d'être le seul à qui elle ait accordé de pareilles faveurs."

— "Connu, connu ! mon ami, jamais homme n'a eu les premières faveurs d'une femme. C'est comme un calembourg ; jamais on ne peut se flatter du mérite de l'avoir inventé, toujours on découvre qu'il a été fait déjà par un autre.—De même, dans l'autre affaire, en cherchant bien, on finit toujours par trouver qu'un autre a passé par là."

— "Ecoute, reprit mon ami, je me fie à ta discrétion, je vais te faire une confidence qui t'étonnera. La personne à laquelle j'ai fait allusion s'appelle Mademoiselle ***."

J'avoue que je demeurai tout déconcerté. Je connaissais parfaitement la jeune fille que je venais d'entendre nommer. Elle appartenait à une des familles les plus respectables du quartier le plus aristocratique de la ville; elle était jeune et fréquentait la société la plus choisie.

Il me répugnait assez d'être forcé de croire que cet *ange si pur* avait pu consentir à accorder ses faveurs à mon heureux ami, pour ne pas lui faire l'injure de la supposer, en outre, atteinte de blennorrhagie. Parce qu'enfin, cette blennorrhagie, elle l'avait donc contractée dans les bras d'un autre privilégié, et certes, pour le coup, c'était invraisemblable.

D'un autre côté, je n'avais nulle raison de mettre en doute la véracité de mon ami quand il m'assurait ne pas s'être exposé ailleurs; un mensonge ici ne lui aurait aucunement servi et devenait sans motif. J'étais à demi vaincu. Je n'amenai pas pavillon; je le baissai seulement, me désistant momentanément de mes opinions à *résumé*.

Je signai une ordonnance et nous nous séparâmes.

Je suppose que les partisans de la dualité d'origine de la blennorrhagie se soient trouvés en présence de ce cas, ils auraient, peut être, refusé de croire à l'existence possible d'une blennorrhagie chez une jeune fille si pure, si jeune, si chaste, appartenant à une famille si distinguée et fréquentant une société si recherchée.

"Elle a fait un faux pas, auraient ils dit, mais c'est le premier, c'est un accident fortuit qui ne se répètera plus. qui sait sous quel poids la jeune âme a succombé?"

"Ce pauvre jeune homme a la chaudepisse, c'est vrai; mais la victime (pas le jeune homme, l'autre) avait peut-être de la leucorrhée, qui sait? Peut-être cet imprudent libertin méprise-t-il aussi lui, comme les étudiants, la sage loi de Moïse; ou bien encore le vin qui l'a poussé à commettre cet acte, que sans doute il regrette, le vin peut bien avoir été l'unique cause de tous les dégâts."

Je l'avoue, mes amis, j'aurais moi-même été tenté de m'engager dans ce dédale de suppositions, si des circonstances toutes particulières ne m'avaient mis sur la trace de la vérité.

Cette candide jeune fille l'avait la chaudepisse! Je suis le médecin de la famille et j'ai été appelé à lui donner mes soins.

Elle ignorait, la pauvre enfant, la nature du mal dont elle était atteinte, car je crois qu'elle se serait plutôt laissée mourir, que de laisser le médecin en soupçonner la provenance; mais il m'a été bien facile d'établir le diagnostic; aucun élément ne manquait.

J'appris même plus tard le nom du plus coupable dans ce "*Joint Stock Company*" sans raison sociale. Il était encore en traitement avant que la blennorrhagie de ses victimes et alliés fut guérie.

Autre cause d'erreur :

Un individu se présente, affligé d'un écoulement urétral. Il n'a eu de rapports sexuels qu'avec une seule femme. Le médecin examine cette dernière et ne découvre aucun symptôme de blennorrhagie. Il en conclut naturellement que son malade a pris la chaudepisse sous l'influence de causes irritantes étrangères au virus blennorrhagique.

Cependant rien n'est moins prouvé.

D'abord, je m'inscris contre le vieux dicton populaire qui prétend " qu'une belle fille ne donne que ce qu'elle a." Il peut fort bien arriver qu'une femme donne à son amant (et pourquoi pas à son mari ?) une blennorrhagie qu'elle n'a pas elle-même. Seulement un pareil cas nécessite la collaboration clandestine d'un tiers, contaminé celui-là, et qui aurait déposé dans les parties génitales de la femme un virus "*quaerens quem devoret.*" Le malheur, ici, est d'arriver second. La femme, à la faveur d'un état de réceptivité fortuit, transmet le venin sans en avoir été atteinte.

En second lieu, il est fort possible qu'une femme soit affectée de blennorrhagie et que le médecin n'ait pas pu en constater la présence, même à la suite d'un examen minutieux.

Il est plus difficile que vous ne croyez de reconnaître la blennorrhagie. La présence d'une vulvite ou d'une vaginite accompagnée d'un écoulement muco-purulent ne saurait fournir qu'un signe de présomption, car l'écoulement blennorrhagique n'offre aucun caractère qui puisse le faire distinguer de tout autre écoulement produit par le catarrhe utérin ou par une vulvo-vaginite traumatique, spontanée ou virulente.

D'un autre côté, l'absence de toute sécrétion vaginale, au moment de l'examen, ne suffit pas pour nier l'existence de la blennorrhagie, car le symptôme pathognomonique nécessaire de cette dernière, c'est l'urétrite.

D'une manière générale, on peut dire que l'urétrite spontanée ou traumatique n'existe pas chez la femme. Ricord, Cullerier, Rollet, Tardieu, A. Guérin, Martineau, ont fait prévaloir, avec toute leur autorité scientifique, que si, dans une inflammation de la vulve ou du vagin, il existe une urétrite, on peut affirmer la nature contagieuse de l'inflammation vulvo-vagino-urétrale.

Il importe donc de savoir rechercher et reconnaître la présence de cette urétrite, puisqu'elle constitue un signe d'une si grande valeur au point de vue du diagnostic de la blennorrhagie.

Or, la dysurie et la strangurie sont rares chez la femme, et si vous voulez savoir s'il existe ou non de l'inflammation urétrale, il vous faudra recourir à l'artifice suivant indiqué par le professeur Gosselin :

L'important est de bien éclairer la vulve. Pour cela, il faut que la malade soit placée sur le lit de misère, ou en travers sur son lit

habituel, en face d'une fenêtre, les genoux fléchis et le plus rapprochés possible du ventre, les cuisses écartées. On essuie alors avec un linge le méat urinaire et les régions circonvoisines; puis on porte le doigt indicateur dans le vagin, à la profondeur de deux ou trois pouces, pendant qu'avec la main gauche on écarte les deux côtés de la vulve, afin de mettre bien à découvert le méat uréthral. L'indicateur, dont on a soin de placer la face palmaire en haut, est alors ramené d'arrière en avant, en lui faisant exercer une pression un peu forte sur la cloison uréthro-vaginale. Pendant que le doigt revient en avant, on regarde si une goutte de pus sort par le méat. On recommence la petite manœuvre deux ou trois fois, et s'il y a du pus, soit dans l'urèthre même, soit dans les follicules qui garnissent le tour du méat, la pression ne manque pas de le faire sortir, et aussitôt qu'on l'aperçoit, on n'a plus aucun doute sur l'existence d'une uréthrite purulente, et par conséquent blennorrhagique.

Vous voyez que c'est très simple et très clair. Cependant, malgré la connaissance de ces faits, vous pourriez encore commettre une erreur contre laquelle je dois vous prémunir.

Le canal de l'urèthre chez la femme est court; le pus qui peut s'y accumuler ne saurait être considérable, et si pour un motif ou un autre, la femme s'est fait quelques lotions ou a uriné peu de temps avant votre examen, vous ne trouverez rien.

Il est donc nécessaire que l'urine n'ait pas été expulsée au moins trois ou quatre heures avant que vous fassiez votre examen, et rappelez-vous que si la femme a quelq' intérêt à cacher son état, elle vous trompera en désobéissant aux ordres que vous auriez pu lui avoir donné. Vous ferez mieux de ne pas fixer l'heure de votre visite, et même de ne rien conclure avant d'avoir répété deux ou trois fois votre examen.

Un dernier mot. Une femme confesse avoir autrefois contracté une blennorrhagie depuis longtemps complètement guérie. En outre, elle assure ne s'être aucunement exposée depuis à en contracter une nouvelle, et vous avez toutes les raisons du monde d'ajouter foi à ses paroles.

Pourtant, son nouvel amant n'a pas vu d'autre femme, et cependant, il a bien et dûment la chaudepisse.

Devrez vous en conclure que la blennorrhagie est survenue, ici, sous l'influence d'une cause étrangère à la contagion? Pas le moins du monde. L'uréthrite est une maladie extrêmement rebelle chez la femme, et souvent elle persiste en conservant toutes ses propriétés contagieuses, longtemps après que la disparition de la vulvite ou de la vaginite a fait croire à la femme qu'elle était débarrassée de ses accidents, et par conséquent de la possibilité de les communiquer.

Plusieurs auteurs assurent avoir connu des femmes qui commençaient des blennorrhagies trois ou quatre ans après avoir

été atteintes de cette affection, et alors qu'elles se croyaient parfaitement guéries (Guérin, Gosselin, Martineau).

La blennorrhagie peut rester localisée pendant longtemps dans les follicules vulvaires ou intra-urétraux à l'insu de la malade et même du médecin. Sous l'influence de rapports sexuels fréquemment répétés, le feu sous la cendre un jour se ranime, la maladie subit une recrudescence inflammatoire et est transmise au conjoint, au grand étonnement des intéressés.

Les mêmes phénomènes ont été observés aussi chez l'homme, comme l'atteste l'aphorisme suivant de Langlebert :

“ A la suite de plusieurs blennorrhagies ou même d'une seule suffisamment grave ou prolongée, il ne faut bien souvent que la cause excitante la plus simple, une fatigue musculaire, un excès de coït ou de boisson, pour rappeler l'inflammation sur la muqueuse précédemment affectée.”

Pour *rappeler* l'inflammation ; encore une fois, entendons-nous bien, mais non pas la créer de toutes pièces, en l'absence de toute contagion antérieure.

Ces faits n'ont rien qui doive nous étonner, mes amis, aujourd'hui surtout que nous possédons des connaissances plus approfondies sur les faits et gestes des virus, grâce à la période microbologique que nous traversons.

La blennorrhagie, sans aucun doute, est une maladie à microbe. Je vous en dirai un mot dans l'instant. Or, toutes les affections parasitaires sont susceptibles de se dépouiller pour un temps plus ou moins long du caractère actif qu'elles avaient offert, conservant néanmoins, *in posse*, toutes leurs propriétés nocives qu'une cause fortuite ressuscitera dans des conditions favorables.

Ces faits ont été mis en lumière par M. Verneuil dans une communication faite par lui à l'Académie de médecine dans sa séance du 3 août 1886.

Il a démontré que notre organisme peut réceler des germes morbides capables de séjourner dans nos humeurs, nos tissus, nos organes, pendant un temps plus ou moins long, sans trahir leur présence par quelque symptôme que ce soit. C'est ce qu'il appelle : *parasitisme microbique latent*.

Ces microbes longtemps tolérés, inaperçus, peuvent, à un moment donné, faire renaître des affections d'une nature spécifique, et cette période de repos, cette latence des germes pathogènes, explique le plus grand nombre des retours, revers, rechutes et récidives des maladies infectieuses.

Un individu a été atteint d'une microbopathie ; la santé paraît complètement rétablie, mais que sont devenus les microbes pathogènes ? Ont-ils péri ? Ont-ils été expulsés de l'économie, ou continuent-ils à y résider, simplement devenus latents ou inoffensifs ? Les trois éventualités peuvent certainement se réaliser.

La blennorrhagie, sans aucun doute, est susceptible d'une guérison complète; c'est même ce qui arrive dans l'immense majorité des cas, et tout porte à croire qu'une première invasion microbique peut se terminer par la destruction ou l'expulsion radicale des germes envahisseurs.

En cas de retour de la maladie, ou bien il y a eu contagion nouvelle, ou il y a eu microbisme latent, et alors réveil, récurrence, rechute de l'infection à l'occasion d'une cause déterminante quelconque.

J'ai l'intime conviction que, dans certain cas, on a méconnu l'existence de ces blennorrhagies latentes et attribué à des causes étrangères l'apparition de la maladie chez l'homme.

En un mot, je conclus de tout ce qui précède que la blennorrhagie ne se transmet que par contagion. La blennorrhagie de l'homme ne provient que de la blennorrhagie de la femme, de même que l'affection virulente de cette dernière ne provient que de l'affection du premier. Aucune action irritante des organes génito-sexuels et urinaires ne peut faire naître une blennorrhagie, si ce n'est le virus blennorrhagique.

Avant de terminer ce qui a trait au diagnostic de la blennorrhagie chez la femme, je crois devoir vous signaler un fait récemment mis en lumière par Martineau, et dont la connaissance ne saurait manquer de vous être d'une grande utilité, dans certaines circonstances.

Les diverses sécrétions qui s'écoulent par la vulve n'ont pas toutes la même réaction sur le papier de tournesol. Elles sont généralement alcalines, excepté le liquide sécrété par la muqueuse vaginale, qui est ordinairement acide.

Le liquide blennorrhagique est toujours acide; de sorte que le fait d'obtenir une réaction alcaline d'un écoulement vaginal quelconque constitue une forte présomption contre l'existence d'une affection virulente.

La blennorrhagie est-elle une maladie à microbe?

Le fait paraît aujourd'hui définitivement établi, et cet infiniment petit a même reçu un nom infiniment expressif, il s'appelle: *gonococcus*. (Faites sonner l's, c'est mieux).

Depuis longtemps, l'existence de ce micrococcus était, sinon découverte, du moins fortement soupçonnée. On sait depuis la fin du XVIII^e siècle que la blennorrhagie est inoculable; on devait donc penser que cette maladie est provoquée par un être vivant parasitaire.

En 1862, Jousseau crut découvrir sur les cellules épithéliales de l'urèthre, affecté de blennorrhagie, un végétal à filaments ramifiés.

En 1872, Hallier découvrit un micrococcus siégeant dans le liquide intercellulaire et même dans le sang des rhumatisants blennorrhagiques.

En 1873, Salisbury décrit des spores et filaments dans le pus blennorrhagique.

En 1878, Bouchard observe le micrococcus.

Mais, c'est A. Neissier qui, en 1879, donna le premier une description exacte du micro-organisme blennorrhagique.

Depuis cette époque, un grand nombre d'observateurs ont reconnu, décrit, cultivé et même inoculé cet organisme, et dans la séance de la Société de thérapeutique du 22 octobre 1884, C. Paul a non-seulement confirmé la vérité des recherches antérieures à ce sujet, mais il a, en outre, proposé le traitement prophylactique et curatif de la blennorrhagie par les solutions de sublimé corrosif.

Ces faits sont d'une importance majeure pour le diagnostic pathogénique de la blennorrhagie. Le microscope, en décelant la présence du gonococcus dans les écoulements de l'urèthre, établira désormais d'une manière péremptoire la nature virulente de leur origine.

La blennorrhagie est une affection locale qui naît, vit et meurt sur place sans jamais se généraliser. Cependant, elle donne parfois lieu à des complications à distance dont le mécanisme est encore obscur, mais qui ne laissent pas d'offrir un très grand intérêt, telles sont: l'arthrite et la conjonctivite blennorrhagiques.

L'arthrite blennorrhagique est assez commune chez l'homme.

Je dis: chez l'homme, car cette complication paraît être d'une extrême rareté chez la femme.

En 9 ans, Cullerier n'a observé que deux ou trois fois cette complication chez la femme.

A. Guérin n'en a rencontré qu'un seul cas en 4 ans.

Rollet, Diday, Panas, Martineau ne l'ont jamais vue.

Quelle est la cause de cette différence dans l'apparition de ces accidents dans les deux sexes? Je l'ignore; les explications offertes par les différents auteurs sur ce sujet sont tout-à-fait insuffisantes.

L'arthrite blennorrhagique offre beaucoup d'analogie avec le rhumatisme articulaire sub-aigu, et si vous n'avez constamment à l'esprit la possibilité de cette étrange manifestation du virus blennorrhagique, il vous arrivera souvent de méconnaître la véritable cause des accidents inflammatoires qui peuvent survenir du côté des articulations.

Vous savez qu'un des caractères les plus saillants du rhumatisme articulaire aigu (*vulgo dictu*: rhumatisme inflammatoire) est d'affecter successivement un grand nombre d'articulations.

Or le rhumatisme blennorrhagique est rarement polyarticulaire. Rappelez-vous bien de ce fait, et quand vous vous trouve-

rez en présence de phénomènes inflammatoires siégeant exclusivement et pendant plusieurs jours sur une seule articulation, le plus souvent sur le genou, soyez sur vos gardes ; soupçonnez aussitôt une blennorrhagie que souvent on cherchera à dissimuler. Allez voir vous-mêmes ; un examen munitieux lèvera les doutes.

Je vous ferai la même remarque au sujet de la conjonctivite qui survient souvent dans ces cas.

L'ophtalmie purulente, chez l'adulte, est extrêmement rare, si tant est qu'elle existe, en dehors de celle produite par l'inoculation du pus blennorrhagique ; et toutes les fois que vous constatarez la présence d'un oedème considérable des paupières avec sécrétion excessivement abondante d'un liquide franchement purulent du côté de la conjonctive, n'hésitez pas ; dites : le gonococcus a passé par là. Descendez de nouveau sur le terrain, vous découvrirez le corps du délit et si, par exception, vous ne constatez pas la présence de la blennorrhagie sur l'individu, soyez certains que ses doigts ou d'autres ont été en contact avec ses yeux après avoir été contaminés quelque part.

Dans l'arthrite blennorrhagique, c'est la synoviale qui, le plus souvent, est le siège de la maladie. L'exhalation séreuse qui en résulte produit, en s'épanchant dans l'article, une hydarthrose souvent très considérable et extrêmement rebelle à guérir.

J'ai eu, tout récemment, l'occasion d'observer un cas très-remarquable d'arthrite blennorrhagique.

C'était chez un jeune homme, marié depuis quelques années, et souffrant, me disait-on, d'un rhumatisme inflammatoire très douloureux.

Je le trouvai cloué sur son lit par une tuméfaction considérable du genou droit, lequel était excessivement sensible à la pression.

Depuis trois jours que durait la maladie, les manifestations inflammatoires étaient demeurées obstinément fixées sur une seule articulation.

J'appris que tous les ans, depuis 1876, le malade avait été pris d'une attaque semblable. Ces attaques duraient toujours de trois semaines à un mois, et chaque fois, c'était le genou gauche qui était affecté. L'articulation devenait tuméfiée, douloureuse, et pendant toute la durée de la maladie, le rhumatisme demeurait mono-articulaire. Une seule fois, cependant, toutes les jointures du côté gauche se prirent successivement. v. g : le genou, le cou-de pied, le bras et l'épaule.

Cette année, c'était le genou droit que le rhumatisme avait choisi comme lieu d'élection.

Je soupçonnai immédiatement une arthrite blennorrhagique. Le malade m'avoua, en effet, qu'il avait la chaudepisse.

En outre, il me dit avoir contracté tous les ans une nouvelle

blennorrhagie qui chaque fois se termina par les attaques de rhumatisme dont je viens de parler.

Très privilégié, ce malade, n'est-ce pas ? Une chaudepisse tous les ans pendant 10 ans, une arthrite comme corollaire ! Il faisait, en outre, très-bien les choses, toujours suivant le principe : excepté une seule fois, le rhumatisme était toujours demeuré mono-articulaire.

L'écoulement ne cesse pas à l'apparition du rhumatisme ; quelques auteurs ont prétendu le contraire, mais Fournier a fait justice de cette erreur. Il diminuera peut-être quelque peu, à cause du repos forcé imposé au malade par la douleur de l'articulation affectée, mais il ne disparaît jamais complètement ; tant pis pour les partisans de la métastase.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer l'apparition de ces accidents articulaires dans la blennorrhagie.

Certains auteurs, tels que Thiry, de Bruxelles, Guyon, ne voient ici qu'une simple coïncidence. Le rhumatisme dans le cours de la blennorrhagie n'est, pour eux, qu'une maladie intercurrente et non pas une espèce pathologique distincte. Le malade est en puissance de diathèse qui s'affirme à l'occasion de la blennorrhagie. Cette dernière ne crée pas le rhumatisme, mais le met en lumière ; elle favorise son éclosion, elle en est la porte d'entrée. Le rhumatisme survient *post hoc* et non *propter hoc*.

D'autres, avec Hunter, Fournier, considèrent le rhumatisme blennorrhagique comme un pur accident urétral se développant par le fait de l'urétrite. C'est ainsi, disent-ils, que nous voyons de simples cathétérismes, irritant le canal de l'urèthre, produire des déterminations articulaires chez les sujets prédisposés.

Barth refuse d'admettre cette théorie et nie que l'urétrite ait la propriété d'éveiller l'état rhumatismal chez les sujets prédisposés, car, suivant cet auteur, les rhumatisants d'habitude sont rarement repris à l'occasion d'une blennorrhagie.

Il n'admet pas non plus la coïncidence ; en effet, dit-il, le rhumatisme serait alors treize fois plus fréquent dans les blennorrhagies que dans les autres maladies.

Pour lui, les manifestations articulaires ne doivent pas être considérées comme de véritables arthrites rhumatismales, mais bien comme des pseudo-rhumatismes infectieux, rentrant ainsi dans la classe si nombreuse des arthropathies des maladies infectieuses.

Lorain et Lasègue admettent aussi l'infection. Pour eux, la pathogénie des accidents relève de l'infection du sang par les produits purulents resorbés à la surface de la muqueuse urétrale enflammée.

Paget et Weiss ont émis la même opinion, et cette théorie de l'infection gagne du terrain tous les jours.

L'arthrite blennorrhagique doit être assimilée aux manifesta

tions articulaires qui surviennent pendant l'évolution des maladies infectieuses, telles que la pyohémie, la septicémie, etc. Ces manifestations ne sont pas à proprement parler des arthrites rhumatismales mais bien des arthropathies secondaires de nature infectieuse.

Puis, après tout, que connaissons-nous de définitif aujourd'hui, au sujet de la pathogénie du rhumatisme en général?

Est-il bien établi que ce ne soit qu'une maladie *a frigore*? N'y aurait-il pas, par hasard, quelque microbe caché sous ces états morbides que nous nommons : fièvre rhumatismale, rhumatisme musculaire, rhumatisme articulaire?

Dans la séance du 21 septembre de l'assemblée des naturalistes et médecins allemands à Berlin, M. Immerman, de Bâle, a fait une communication dans laquelle il considère le rhumatisme, quelles que soient ses formes, comme la conséquence d'une infection et justiciable d'une thérapeutique spécifique.

Il n'y a rien d'in vraisemblable que des microbes pathogènes différents donnent lieu à des manifestations locales analogues et ne différant entre elles que par des nuances dans l'appareil symptomatique.

Histologiquement, le pus est composé de leucocytes offrant exactement les caractères de ceux qui existent normalement et impunément dans le sang et les tissus sains de l'organisme.

Les accidents de la pyohémie ne reconnaissent pour cause immédiate que la présence sur les globules purulents résorbés, d'un agent infectieux, microbe, bactérie ou micrococcus d'une nature spéciale.

Dans les arthropathies blennorrhagiques il existe aussi une résorption purulente, mais les éléments du pus sont, cette fois, le véhicule d'un agent infectieux d'une autre nature que celle qui préside aux accidents de la pyohémie; le microbe appartient à une famille différente; il présente un aspect morphologique qui lui est propre et traduit son existence par des manifestations symptomatiques analogues, si vous le voulez, à celles du rhumatisme articulaire aigu et aux arthropathies de la septicémie, mais possédant néanmoins une modalité anatomique et clinique assez caractéristique pour permettre d'en faire le diagnostic pathogénique.

L'agent infectieux, ici, nous est connu: c'est le gonococcus. Il a été vu, surpris en flagrant délit. En 1882, Leistikow a constaté sa présence dans le liquide d'une arthrite blennorrhagique.

En 1883, Pétrone a fait la même constatation dans le liquide purulent de deux arthrites blennorrhagiques. En 1884, Kammerer a trouvé de même le gonococcus dans le liquide de deux cas d'arthrite blennorrhagique.

Il est impossible, mes amis, de méconnaître l'importance de pareils faits, et ces derniers se multiplieront, j'en ai la conviction,

à mesure que nos études en bactériologie se généraliseront et que les recherches deviendront plus précises.

Une autre complication, que vous rencontrerez assez souvent dans le cours de la blennorrhagie, est l'ophtalmie purulente, affection redoutable qui peut accomplir son œuvre de destruction en vingt-quatre heures, si la maladie n'est pas jugulée dès le moment de son apparition.

Neissier a constaté la présence du gonococcus dans le liquide de l'ophtalmie blennorrhagique. Cette complication reconnaît évidemment pour cause l'inoculation du virus à la conjonctive au moyen des doigts, et les partisans de la métastase ne défendent plus aujourd'hui que mollement cette opinion surannée.

Seulement, ce qui doit nous étonner, comme le fait remarquer de Wecker, c'est la rareté de l'ophtalmie, étant donné la facilité de l'inoculation de la blennorrhagie et la grande fréquence de cette dernière.

Chez les femmes principalement, comment se fait-il que cette complication soit si rare? Elle est presque inconnue à l'hôpital de Lourcine, et Martineau assure ne pas en avoir observé un seul cas pendant 7 ans, sur 2000 femmes. Pourtant, parmi ces femmes, la manuélisation est un fait de tous les jours; pourquoi leurs conjonctives demeurent-elles toujours indemnes d'inoculation malgré des conditions en apparence si favorables à sa production?

Je vous livre dans toute sa brutalité ce fait qui ne saurait s'expliquer. Il servira toujours à vous convaincre qu'il existe encore quelques points d'interrogation attendant une réponse au sujet de la blennorrhagie et de ses complications.

Un mot seulement sur le traitement de la blennorrhagie et je termine.

D'abord toutes les fois qu'un malheureux infortuné, embarrassé d'une chaudepisse, se présentera devant vous, n'oubliez jamais de lui faire les recommandations suivantes :

1o Pas de boissons alcooliques, et mentionnez spécialement le gin, à cause du préjugé populaire qui cherche à sauver ce dernier de l'ostracisme, sous prétexte qu'il est salutaire plus tôt que nuisible chez les blennorrhagiques. Mettez vos malades en garde contre cette erreur; proscrivez impitoyablement: vin, gin, brandy, whiskey, bière; bière surtout. Je connais un de mes amis qui m'assurait voir reparaître chez lui un écoulement de l'urèthre chaque fois qu'il approchait cette boisson de ses lèvres, "à tel point, ajoutait-il, que je suis réduit à mettre une capote toutes les fois que je prends un verre de bière."

2o Pas de femmes. Que Vénus laisse à l'amour blessé le temps de sécher ses larmes. Défense absolue sur ce point. Bien plus, il ne faut pas même d'érections ni volontaires, ni spontanées. Ces dernières surviennent la nuit; ordonnez à votre patient de déposer, près de son lit, un grand verre d'eau froide dans lequel

il plongera le pénis à la première menace. C'est un moyen très efficace de faire taire les protestations de cet orgueilleux invalide.

30. Pas de pression sur l'organe malade pour constater l'augmentation ou la diminution de l'écoulement. Les causes d'irritation sont assez nombreuses sans qu'il faille les multiplier inutilement. Il importe que le malade atteint de blennorrhagie s'efforce d'étouffer les sentiments d'anxiété auxquels il est en proie, et il est nécessaire qu'il cherche à oublier autant que possible l'ennuyeux tourment qui l'obsède. Je redoute toujours pour lui les conséquences d'une véritable auto-suggestion ; s'il tient constamment son imagination rivée sur son urèthre malade, il court de grands risques de voir son écoulement s'éterniser.

Quant aux moyens thérapeutiques, vous n'avez que l'embaras du choix.

Je prescris volontiers l'extrait de cubèbe et le baume de copahu, 20 gouttes de chaque, unies à 10 gouttes d'esprit d'éther nitreux, toutes les 4 heures. Seulement, pendant les deux premiers jours de la période aiguë, je n'ordonne généralement que la tisane de lin, *largá manu*, pendant la journée, et un grain de camphre le soir. Ce n'est qu'après avoir abattu, par ces moyens, la trop grande intensité des phénomènes inflammatoires que je prescris le cubèbe et le copahu.

Méfiez-vous des injections irritantes ou astringentes, tant qu'il existe de la douleur. Réservez ces dernières pour tarir l'écoulement quand celui-ci persiste après la disparition des phénomènes inflammatoires.

L'injection de l'avenir, c'est la solution de bichlorure de mercure.

Il faut être conséquents. La gonorrhée est due à la présence d'un virus : le gonococcus ; il faut exterminer ce dernier au moyen d'un ennemi spécifique. C'est là l'idéal. Le sublimé corrosif se présente à nous avec des qualités très sérieuses, fournissons lui donc l'occasion de faire ses preuves.

Ce médicament, du reste, a été employé contre la blennorrhagie, bien avant que les théories microbiennes aient été découvertes. En 1865, Rüss, de Strasbourg, employait les injections de sublimé à la dose d'un dix-millième, comme traitement abortif de la blennorrhagie. Cependant, ce n'est que dans ces dernières années que ce puissant agent parasiticide a attiré l'attention des médecins qui s'occupent spécialement de la thérapeutique des maladies vénériennes : Fanti, en Italie, Diday, Blondeau, C. Paul et Martineau, en France, sont ceux qui ont le plus fortement accueilli cette nouvelle méthode de traitement.

Chez la femme notamment, Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, assure avoir obtenu des résultats merveilleux, par l'emploi quotidien d'un suppositoire uréthral de beurre de cacao, long d'un pouce environ et du volume d'une petite plume d'oie, renfermant de 1-30^e à 1-10^e de grain de bichlorure de mercure.

Dans la vaginite blennorrhagique, il a aussi recours au sublimé en solution, à la dose de 1 partie pour 1000 d'eau chaude, au moyen de laquelle il badigonne les culs-de-sac vaginaux, une fois tous les jours.

Quoiqu'il en soit, je vous avoue, mes amis, que je crois devoir attribuer à l'influence d'injections de sublimé, 1 p. 20,000, les résultats vraiment surprenants que j'ai obtenus récemment dans le traitement d'une vaginite blennorrhagique qui avait résisté jusque-là à l'emploi des moyens les plus variés.

Loin de moi la prétention d'accorder à un fait isolé une signification qu'il ne mérite pas, mais enfin, en toutes choses il y a un commencement. Essayez vous-mêmes à votre tour; ce ne sont certes pas les matériaux qui vous manqueront: vous trouverez du sublimé dans toutes les pharmacies et des blennorrhagies partout.

DR. L. COYTEUX PRÉVOST.

Ottawa, 26 décembre 1886.

De la suture à distance et de quelques applications chirurgicales de la greffe animale.—On peut rétablir la continuité des tendons et nerfs, alors que l'affrontement des surfaces sectionnées est impossible, par la suture à distance, avec des fils de catgut allant de l'une à l'autre surface. Elle permet un retour plus rapide aux fonctions que si on ne l'emploie pas; les tendons régénérés ainsi sont plus volumineux et plus riches en fibres tendineuses.

La suture à distance des nerfs sert à conduire les filets nerveux de nouvelle formation.—*Congrès français de chirurgie.*

La Solanine.—Le docteur GENEUL a étudié l'action physiologique de la solanine. Rappelons d'abord le procédé d'extraction de cet alcaloïde. On épuise les germes frais de pomme de terre par l'eau bouillante faiblement acidulée par $\text{SO}_2 \text{H}_2\text{O}$. On ajoute de l'ammoniaque à la décoction chaude: le précipité, formé de solanine et de phosphate de chaux, est repris par l'alcool. La solanine cristallise en aiguilles soyeuses: insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'éther et dans l'alcool; saveur âcre et brûlante.

C'est, d'après l'auteur, un excellent analgésique appelé à remplacer dans beaucoup de cas la morphine. Elle combat l'excitation, le spasme et la douleur sans congestionner le cerveau, même chez les vieillards; elle peut être administrée sans danger à forte dose.

Ses effets thérapeutiques consistent dans le ralentissement de la respiration et la diminution de la sensibilité des muqueuses pulmonaires. Cependant elle produit l'irritation de la muqueuse stomacale, fait perdre l'appétit et provoque des nausées et même des vomissements.

Son action paraît nulle sur la pupille, bien que des enfants empoisonnés par la morelle aient montré les phénomènes mydriatiques dus aux alcaloïdes des solanées.—*Bull. de thérap.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Du cancer de l'estomac.—Clinique de M. le docteur BOUILLY, à l'hôpital de la Charité.—Je ne vous ai montré, durant ma visite dans les salles, rien qui soit susceptible d'intérêt, je n'ai aucune opération à faire; en conséquence, bien que je n'aime pas à parler de ce qui se passe en ville, je vais vous raconter une histoire pathologique qui, au point de vue du diagnostic et de la conduite à tenir, mérite de retenir votre attention pendant quelques instants. Voici l'affaire en deux mots: jeudi matin, un homme très bien portant en apparence, un véritable colosse de 39 à 40 ans, dans une situation de fortune qui lui permet de vivre largement, est pris, en arrivant de la campagne à Paris, de douleurs abdominales tellement atroces qu'elles lui arrachèrent des cris semblables à ceux d'une femme en couche. Peu de temps après, à 9 heures, des vomissements survinrent, puis, le ventre se ballonna. De retour chez lui, à une trentaine de kilomètres de Paris, ce malade eut une série de phénomènes qui en imposèrent pour une péritonite aiguë. Le remplaçant du médecin de la localité, un interne des hôpitaux très au courant de ces questions, pensa à des accidents d'étranglement interne. Malgré des lavements de différente nature, aucune matière fécale n'ayant été rendue, le beau-père du malade m'arriva le vendredi matin. Au reçu de la lettre dont il était porteur de la part de l'interne traitant, je n'eus pas de doute au sujet de l'étranglement interne. Toutefois j'élevai une autre possibilité, à savoir celle de coliques néphrétiques, que je rejetai immédiatement, le beau père m'ayant affirmé que cette hypothèse avait été émise. Parti le soir même après une consultation, à quatre heures, nous trouvâmes, vers cinq heures, un malade à la figure grippée, au nez aminci, et parlant très bas pour ne pas augmenter les douleurs abdominales. J'ajouterai, en outre, que le ventre était considérablement ballonné, qu'il n'y avait toujours eu, depuis le début des accidents, aucune émission de gaz ou de matière par l'anus, et que tous les solides ou tous les liquides ingérés avaient été vomis.

A quoi avions-nous donc affaire? A un étranglement interne? Pas le moins du monde. Et pourquoi ai-je rejeté cette affection? Le voici: d'abord, parce qu'au bout de trente-six heures, avec des accidents aussi aigus, il n'y avait pas de vomissements féca-loïdes; ensuite, parce que la sensibilité, au lieu de siéger en un seul point, était répandue dans tout le ventre; surtout, parce que la péritonite ne survient comme complication de l'étranglement interne que le troisième ou le quatrième jour; enfin, parce qu'il

n'y avait dans les antécédents rien qui pût faire penser à un étranglement. En conséquence, mon diagnostic fut celui-ci : péritonite par perforation intestinale.

Vous voyez combien, dans ce cas, la conduite du médecin est difficile. En effet, étant donné ce diagnostic, il fallait débarasser à tout prix ce péritoine des matières qui l'irritaient. Je soumis donc l'opération, d'un côté, à la famille, avec tous ses dangers, d'un autre côté, au malade, d'une manière atténuée, et, après avoir eu le consentement des deux parties, j'endormis mon patient afin de procéder de suite à la laparotomie. Or, dès que l'ouverture de la paroi abdominale fut faite, ce qui me frappa tout particulièrement, c'est le liquide sanguinolent qui s'échappa en grande abondance. Eh bien, d'où venait ce sang épanché dans le péritoine ? D'un vaisseau blessé ? Non, puisque nous n'étions en présence d'aucun traumatisme. D'une anse intestinale comprimée par une bride péritonéale ? Pas davantage, comme me le démontrera un examen minutieux. De quoi donc ? C'est seulement, après avoir fait un lavage aussi complet que possible de la cavité du petit bassin avec de l'eau récemment bouillie, que je découvris sur l'épiploon une série de points blancs, scléreux par place, qui étaient autant d'indices d'une néoplasie de mauvaise nature, non pas de tuberculose, mais de cancer.

En présence de ce diagnostic, comme bien vous le pensez, notre pronostic fut que notre intervention n'aurait pas très vraisemblablement grand effet, attendu que, d'un instant à l'autre, l'hémorragie pourrait réapparaître. Je fis donc la suture de la plaie et me en allai assez peu satisfait. La nuit du vendredi au samedi, jusqu'à onze heures, fut assez mauvaise, mais, chose remarquable, à part quelques hoquets, les vomissements et les douleurs disparurent. La matinée du samedi se passa bien, et quand je le vis le soir, vers quatre heures, la voix était revenue, le ventre était fort peu ballonné, une certaine quantité d'urine avait été rendue, et dans le pansement se trouvait de la sérosité qui m'engagea à remettre un drain. Maintenant, il me demanda à changer de lit et, comme tous ceux qui ont eu de nombreux vomissements, de le laisser boire. Bref, je le quittai, non pas satisfait de l'avenir, mais du résultat que j'avais obtenu immédiatement. La nuit de samedi au dimanche fut marquée par un peu d'agitation, chose qui n'avait rien d'étonnant, quand on connaissait les habitudes de cet homme. En effet, malgré le milieu où il vivait, c'était un alcoolique. La journée de dimanche s'annonçait comme devant être bonne, lorsque tout d'un coup, à cinq heures du matin, le malade était pris de vomissements noirâtres, en même temps qu'il rendait un liquide sanguinolent par le drain.

Le doute n'était pas possible ; une nouvelle hémorragie, caractérisée principalement par une hématomèse, venait d'avoir lieu. Le médecin suppose, en outre, vû la rapidité avec laquelle la mort est arrivée, qu'il y a eu un peu de sang dans les bronches.

Maintenant ce qu'il y a de curieux dans cette observation, c'est que l'on puisse porter dans l'estomac, pendant un certain nombre de mois, une néoplasie d'une nature assez mauvaise pour tuer en quelques heures sans aucun changement dans l'état général. Toutefois, il est bon d'ajouter que ce malade, à part un peu de légumes, quelques feuilles de salades, ne mangeait presque rien depuis un certain nombre de semaines. On me raconta, en outre, qu'il avait eu déjà à plusieurs reprises des vomissements, tantôt bilieux, tantôt alimentaires, qui, chose singulière pour un homme de cette position, ne l'inquiétèrent nullement.

En résumé, et bien qu'il manque à cette observation, pour être complète, les résultats irréfutables fournis par l'autopsie, de tout ce qui précède résulte : en premier lieu, la possibilité d'avoir une néoplasie stomacale se révélant tout d'un coup par des accidents formidables sans que la santé générale ait été troublée auparavant ; en second lieu, la difficulté de distinguer cette péritonite d'une perforation intestinale ou des suites d'un étranglement interne ; puis, la nécessité de ne pas traiter ces accidents par l'abstention ; enfin, qu'une plaie de douze centimètres au ventre et que des lavages péritonéaux n'ont joué aucun rôle dans la mort de cet individu, puisque celle-ci est arrivée par le fait même de la maladie. Tels sont les faits sur lesquels je désirais arrêter votre attention, car il est certain que si, dans un bon nombre de cas, le traitement chirurgical de la péritonite est inutile, dans d'autres, au contraire, il vaudra beaucoup mieux y avoir recours que d'abandonner votre malade aux mains du médecin qui n'est pas doué de moyens curatifs bien efficaces.—*Praticien.*

Traitement de l'ictère catarrhal par les injections rectales de grandes quantités de liquide.—Ce traitement a été expérimenté sur un ensemble de quarante-un malades dans le service du professeur MEYER, de Vienne. Chez tous les malades, sauf un qui n'a pu être observé suffisamment longtemps, les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. Voici quelques détails sur la technique de la médication : Le premier jour, on injectait dans le rectum du malade de 1 à 2 litres d'eau à la température de 12° à 13°. Le second jour, la température du liquide (même quantité) était portée à 15° et 16° ; le troisième jour à 13°, le quatrième à 18° et 24°. Il a été tout-à-fait exceptionnel que le résultat désiré ne fût pas obtenu au moyen de quatre injections, et alors on a continué la cure en élevant de plus en plus la température du liquide. Chez les enfants, on n'a jamais injecté plus d'un litre d'eau chaude à la fois, ni plus de deux litres chez les adultes. Chez tous les malades, la première injection a été suivie d'une selle, quelquefois diarrhéique. La diarrhée s'arrêtait à la suite de la deuxième injection faite avec de l'eau plus chaude. Les premières déjections étaient constituées par des matières de teinte grise ou

argileuse. La coloration jaune naturelle reparaisait presque toujours à la suite de la troisième injection. Après la quatrième injection, les matières fécales reprenaient une teinte brune; ce résultat a été constant.

Déjà, après la première injection, les malades étaient débarrassés de leurs douleurs épigastriques, de la sensation de pesanteur qu'ils éprouvaient dans la région du foie.

L'appétit réapparaissait un peu plus tard, en même temps que se dissipait la sensation de lassitude et de malaise. L'ictère allait en diminuant, mais il en subsistait encore des traces, alors que les matières fécales avaient repris leur teinte naturelle. Deux des malades qui ont fait l'objet de ces expériences ont accusé de la xanthopsie. Ce symptôme a disparu, une fois après la première, l'autre fois après la seconde injection de liquide. Les démangeaisons notées chez sept malades ont également cessé dès le début du traitement, malgré que persistât la coloration ictérique de la peau. De même, l'examen des urines a démontré que les matières colorantes biliaires disparaissaient des urines, déjà à la suite de la seconde injection.

En égard au sexe et à l'âge des malades, les 41 cas se répartissaient de la façon suivante: 27 hommes et 3 femmes adultes, 11 enfants. Presque tous les malades ont présenté les symptômes d'un catarrhe gastro-duodénal.—*J. de médecine de Bordeaux.*

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac.—ZIEMSEN pense que la première indication pour l'arrêt des hémorrhagies que produit l'ulcère, c'est de ne pas contrarier l'action de la nature qui tend à oblitérer par thrombose la lumière des vaisseaux ouverts, lorsque les malades gardent complètement le repos. À ce point de vue, il faut non-seulement qu'ils restent au lit, mais qu'ils évitent toutes sortes d'excitations psychiques, chose assez difficile à obtenir, car les individus urémiques sont ordinairement très irritables. Ces excitations sont presque toujours suivies d'agitation, de mouvements et de troubles vaso-moteurs. Mais, si la recommandation faite aux malades de garder le lit et de ne pas recevoir de visites ne peut être suivie, on peut avoir recours aux narcotiques. Pour mettre l'estomac en repos, le malade ne prendra, les premiers jours, rien que des fragments de glace, il gardera une vessie de glace sur l'épigastre, on pourra même lui donner, tous les deux ou trois jours, des fragments de glace. Au début, Ziemssen conseille d'éviter l'emploi des astringents, ceux-ci déterminent la formation de petits caillots, le plus souvent loin du point où s'est faite l'hémorrhagie, et ces caillots ne sont bons, eux-mêmes, qu'à exciter des vomissements. Afin de se mettre plus sûrement à l'abri des hémorrhagies, on donnera simplement du bouillon, avec une cueillrée à café de vin froid généreux, comme du champagne, par exemple. Au bout de six à huit

jours, eau de Karlsbad. La constipation sera combattue par les lavements; les purgatifs de n'importe quelle nature sont toujours contre-indiqués.—*Gazette médicale et pharmaceutique de France.*

Quelques considérations sur les indications et les contre-indications de la digitale dans les affections du cœur.—C'est une erreur de croire que la digitale est le médicament des affections mitrales et qu'elle doit être bannie du traitement des affections aortiques. Si elle est souvent indiquée dans les insuffisances mitrales, elle produit le plus souvent de mauvais effets dans le rétrécissement mitral pur. Comme l'a si bien dit M. Potain, le cœur atteint de rétrécissement mitral est "un appareil réglé pour un petit travail" et il est inutile de vouloir augmenter l'énergie du ventricule gauche qui ne peut, quand même, recevoir qu'une faible quantité de sang. La digitale n'est indiquée que dans les cas où le muscle cardiaque commençant à faiblir, on voit apparaître des troubles arythmiques et des stases à la périphérie de l'appareil circulatoire.

Dans les affections orificielles de l'aorte, et surtout dans la maladie de Corrigan la digitale est sans doute nuisible pour les raisons suivantes: elle élève la tension artérielle, accentue davantage la brusquerie de la systole, prolonge la période diastolique, aggrave encore l'anémie périphérique et viscérale, tous accidents créés par la maladie. Mais, il ne faut pas oublier que l'affection aortique est le plus souvent l'expression locale d'un mal général, de l'artério-sclérose, qui va envahir progressivement le myocarde comme auparavant l'aorte; les fibres musculaires dégénérant plus ou moins rapidement, les cavités cardiaques se dilatent et avec elles les orifices auriculo-ventriculaires. Alors la scène morbide se modifie: *l'aortique se mitralise; il est aortique par la lésion, et mitral par la maladie.* Il faut donc le considérer et le soigner comme un mitral, car il l'est devenu réellement par les congestions, par les œdèmes et les hydropisies qui n'ont pas tardé à se produire. La digitale est alors indiquée.

Du reste, pour bien connaître le moment de l'*opportunité digitale*, M. Huchard propose de diviser la marche des affections cardiaques ou aortiques en quatre périodes:

1^o Période d'*eusystolie*. La lésion est compensée, il n'y a rien à faire au point de vue médicamenteux, tout se borne à une bonne hygiène: la digitale est inutile.

2^o Période d'*hypersystolie*. La compensation est exagérée. L'hygiène joue encore un grand rôle, et les calmants du cœur, l'aconit, les bromures, etc., sont indiqués: la digitale est nuisible.

3^o Période d'*hyposystolie*. Le myocarde et les vaisseaux sont atteints d'asthénie, c'est la période des œdèmes, des congestions viscérales et des hydropisies: c'est le triomphe de la digitale.

4^o Période d'*asystolie*, ou mieux d'*amyocardie* (Huchard) d'*asystolie cardioplégique* (Gubler). Le tissu cardiaque est profondément dégénéré et ne peut plus répondre à l'excitation digitalique : c'est parfois le triomphe de la caféine.

Mais ces indications ne sont pas encore suffisantes ; il faut savoir à quel moment il est utile de donner la digitale. Ainsi, lorsque les hydropisies sont considérables et généralisées, la digitale prescrite d'emblée peut manquer son effet ; car le médicament ne peut agir sur des vaisseaux énormément distendus et encombrés, sur des capillaires comprimés par l'infiltration séreuse ; et le cœur déjà affaibli ne peut lutter contre cette espèce de barrage circulatoire. Il faut au préalable désemplir le trop plein du système veineux au moyen de saignées générales ou locales, et de purgatifs répétés. Quand la spoliation séreuse est suffisante, alors la digitale recouvre toute sa puissance d'action. Mais, lorsqu'après ces précautions prises elle reste encore sans effet, elle devient à la fois un élément de diagnostic et de pronostic : de diagnostic puisqu'elle indique alors une profonde altération du muscle cardiaque ; de pronostic puisqu'elle démontre encore que la maladie est entrée dans la période d'*asystolie* définitive, ou d'*amyocardie*.

Voici un autre exemple de contre-indication de la digitale : Une femme entre dans le service de l'hôpital Bichat atteinte d'une insuffisance mitrale avec dilatation considérable des cavités droites du cœur : le pouls est mou, dépressible, le choc précordial à peine sensible, les bruits du cœur sourds et irréguliers ; il existe un œdème très marqué des membres inférieurs, le foie est très gros et douloureux. Mais, chose importante, la quantité des urines est normale. Or, pour le traitement des affections cardiaques, la diminution dans la quantité des urines indique l'emploi de la digitale. Dans cet exemple, le médicament n'était donc pas indiqué, et il fallait agir sur le foie dont les lésions retentissent si souvent sur le cœur. Aussi, l'application répétée de ventouses sèches et scarifiées, de pointes de feu et de vésicatoires sur la région hépatique, a pu triompher rapidement de ces accidents pseudo-asystoliques. Ici donc on s'est attaqué à la cause, comme on peut le faire chez d'autres cardiaques secondaires devenus asystoliques par le fait d'une affection gastrique, d'une bronchite, d'une pleurésie intercurrente chez lesquels on voit si souvent le traitement de la dyspepsie, la guérison de la bronchite, et une simple thoracenthèse agir dans le même sens de la digitale.

On a une tendance regrettable à ordonner ce médicament pour combattre toutes les palpitations ; et cependant on ne saurait trop répéter qu'il est absolument contre-indiqué dans les palpitations de la période hypersystolique des affections du cœur, dans celles du début de la néphrite interstitielle, etc.—La suppression de la cause suffit à faire disparaître le plus souvent les palpitations toxiques causées par l'abus du thé, du café ou du tabac, et la

notion étiologique a encore la plus grande importance dans le traitement des palpitations dues aux affections gastriques, de celles que l'on rencontre encore chez les anémiques et les névropathes. A ce point de vue, il est chez ces derniers malades une cause d'erreur qu'il faut connaître. Souvent, il s'agit de fausses palpitations chez des femmes souffrant de névralgie intercostale gauche et sentant douloureusement le choc précordial qui vient frapper contre une paroi hypéresthésiée. Dans ce cas, c'est à l'élément douleur qu'il faut s'adresser, et l'administration de calmants, de vésicatoires morphinés, d'injections de morphine, en supprimant la douleur précordiale fera disparaître ces pseudo-palpitations.

Une erreur encore souvent commise consiste à confondre l'*accélération des battements du cœur* et les palpitations. M. Huchard, à ce sujet, a observé des exemples de cardiaques arrivés seulement à la période d'hyposystolie et chez lesquels l'administration de la digitale ne parvenait jamais à faire tomber le pouls au-dessous de 90 à 100 pulsations. On commettrait alors une faute de thérapeutique, en voulant quand même continuer l'emploi du médicament. En effet, l'effort compensateur dans les affections du cœur ne se fait pas seulement, comme on a tort de le croire, aux dépens du myocarde qui s'hypertrophie; il peut encore être réalisé au moyen de l'accélération des battements cardiaques qu'il faut savoir respecter. Car alors on peut dire que le cœur gagne en vitesse ce qu'il a perdu en force.

Mais d'autres fois, cependant, cette simple accélération des battements cardiaques réclame une intervention énergique et rapide, comme dans la fièvre typhoïde où l'on peut observer une forme d'accidents circulatoires et d'affaiblissement cardiaque qui ont leur source dans la diminution considérable de la contractilité et de la pression artérielles. Dans ces cas intéressants que M. Huchard a étudiés après Bernheim et Demange (de Nancy), les troubles vasculaires sont primitifs, les accidents cardiaques sont secondaires; ce n'est pas au cœur que la thérapeutique doit s'adresser, c'est aux vaisseaux; ce n'est pas aux médicaments cardiaques qu'il faut avoir recours, mais aux médicaments vasculaires. Et c'est pour cette raison que les préparations d'ergot de seigle ont pu combattre avec tant de succès des accidents cardio-vasculaires redoutables.

Ces quelques exemples démontrent formellement que, "s'il y a des médicaments cardiaques, il y a surtout une médication cardiaque" dont il faut bien connaître les indications. Se soumettre aux indications, c'est faire de "l'opportunisme thérapeutique" et c'est aussi faire de la médecine bonne et utile.—*Journal de médecine et de chirurgie pratique.*

CHIRURGIE

Amputation de Chopart. Epithélioma cicatriciel, récidive ; amputation de la jambe.—Clinique de M. le prof. VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié—Nous avons à pratiquer aujourd'hui une amputation de jambe, au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen, dans des conditions tout-à-fait exceptionnelles. Le malade est un homme qui, depuis nombre d'années, s'est placé sous ma direction chirurgicale, et chez lequel j'ai dû intervenir à plusieurs reprises.

Tout d'abord, à la suite d'une lésion traumatique grave du pied droit, il a dû subir l'amputation de Chopart. L'opération réussit parfaitement et, au bout de quelque temps, cet homme quittait l'hôpital parfaitement guéri ; mais une chaussure mal faite, à laquelle il ne prit pas garde malgré les douleurs qu'elle lui faisait endurer en marchant, détermina, par les frottements qu'elle exerçait sur la cicatrice, une inflammation assez vive de cette cicatrice, puis une ulcération. Bien qu'il souffrit assez fortement, surtout dans ses travaux des champs, il ne s'en préoccupa pas beaucoup, il continua à marcher et à travailler jusqu'à il y a douze ans. A cette époque, il vint de nouveau à Paris me consulter, et je constatai alors l'existence d'un épithélioma développé sur la cicatrice même de la plaie opératoire faite quelques années auparavant, lors de l'amputation Chopart.

Il s'agissait donc d'un de ces épithéliomas cicatriciels analogues à ceux que l'on observe quelquefois, par exemple, sur le bras de malades auxquels on a appliqué antérieurement des cautères.

Ces épithéliomas cicatriciels, tout à fait différents, par un certain nombre de caractères, des autres épithéliomas, ont, comme propriété particulière, celle de marcher, d'évoluer avec une très grande lenteur.—Nous en avons une nouvelle preuve, vous le voyez, chez notre malade, où le néoplasme ne s'est développé que très longtemps après l'amputation de Chopart.—Ils présentent aussi cette particularité d'entraîner généralement fort peu d'accidents avec eux ; enfin ils ne déterminent que rarement des retentissements ganglionnaires. Aussi en a-t-on en droit de les considérer, en général, comme relativement bénins.

J'ajoute que les épithéliomas cicatriciels présentent deux variétés : la variété glandulaire et la variété papillaire. C'est à cette dernière qu'appartient la tumeur néoplasique de notre malade. Or, quand je le vis, il y a douze ans, la cicatrice sur laquelle l'épithélioma s'était développé était très mobile, sans aucune adhérence avec le tissu osseux ni les tissus voisins : je pus en faire l'ablation complète. Le résultat fut excellent et la guérison se fit par première intention. Le malade retourna dans son village et put marcher de nouveau aussi facilement que par le passé, mais avec la même insouciance des frottements ou pressions qui pouvaient s'exercer sur cette nouvelle cicatrice.

C'est ainsi qu'une récidive se produisit, récidive légère, il est vrai, à évolution extrêmement lente, puisqu'elle mit près de neuf années à se produire. C'est ainsi également, que cet homme vint de nouveau, il y a trois ans, me consulter; j'eus alors l'intention d'opérer la destruction de ce nouvel épithélioma par les caustiques, par la pâte de Vienne, mais le malade se refusa, à cette époque, à toute intervention opératoire, et retourna dans son pays.

Aujourd'hui, il se présente à nous de nouveau, mais dans des conditions plus défavorables qu'en 1883; l'épithélioma a continué sa marche progressive et, sans avoir pris cependant une bien grande extension, il n'en a pas moins une importance plus grande qu'il y a trois ans, surtout en raison de sa propagation aux tissus sous-jacents.

En effet, la cicatrice n'est plus seule envahie par le néoplasme, mais la plaque épithéliomateuse adhère aux tendons et au tissu osseux; de là un pronostic plus grave, bien que je n'aie constaté encore aucun retentissement sur le système ganglionnaire. Aussi, vaincu par la douleur et l'impotence qui en résulte, cet homme, non seulement accepte une opération chirurgicale, mais il insiste même pour qu'on lui coupe la jambe.

Or, au point de vue chirurgical, plusieurs opérations peuvent être tentées; on pourrait se borner à enlever en coin la plaque cicatricielle épithéliomateuse ainsi que la portion osseuse malade, ou bien encore pratiquer une amputation ostéoplastique, en conservant le calcaneum en partie, de façon à garder un point d'appui pour la marche; enfin nous avons aussi le procédé de M. le professeur Guyon, procédé dans lequel on va chercher un lambeau postérieur talonien sur lequel le pied puisse ultérieurement reposer sur le sol.

Mais, je vous l'ai déjà dit, le malade insiste, par peur d'une nouvelle récidive et en raison des douleurs qu'il éprouve, pour une opération radicale, pour une amputation de la jambe. Ses instances ne seraient pas un motif suffisant, pour nous, de faire cette opération, si nous n'entrevoiyions pas en elle plus d'avantages pour notre malade à marcher plus sûrement avec une jambe de bois qu'avec sa propre jambe, qui lui permettrait *peut-être* de reposer directement sur le sol. Je cède donc à ses désirs, puisqu'il ne s'agit, en somme, que d'une affaire de formes, dénuée de tout danger chez un homme robuste et bien portant. De plus, je vois aussi à l'amputation cet avantage, en dépassant de beaucoup la zone suspecte, de le mettre bien plus encore à l'abri d'une nouvelle récidive.

Je vais donc pratiquer l'amputation du membre au tiers inférieur de la jambe, et, sans trop rapprocher les lambeaux, j'appliquerai le pansement ouaté après avoir mis un drain dans la plaie.

Les épithéliomas des cicatrices sont rares, mais ils appartiennent

nent à la classe des néoplasmes rebelles ; il faut donc faire la part de l'individu ; c'est pourquoi, après l'opération, cet homme sera soumis à une médication par les alcalins et l'arsenic, pour modifier la crase sanguine et, par là, prévenir, si possible, toute nouvelle récurrence.—*Gazette des hôpitaux.*

De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein.—

Tel est le titre d'une thèse qui ne constitue pas moins qu'un grand et bel in-8° de 576 avec 5 planches en chromo-lithographie et 9 figures intercalées dans le texte. Cette thèse est une véritable monographie des affections du rein relevant de la chirurgie. Son auteur est un fils d'anciens Français d'outre-mer, M. le docteur Azarie Brodeur. Au moment de quitter la France après de sérieuses études et un excellent internat dans les hôpitaux de Paris, pour regagner sa patrie (Montréal, Canada), où l'attendent déjà des fonctions qui lui assurent un brillant avenir, M. Brodeur a voulu reconnaître et exprimer, par cette splendide œuvre inaugurale, toute sa reconnaissance pour l'accueil, les encouragements et les bienveillants concours qu'il a trouvés en France de la part de ses maîtres et de tous ses camarades et collègues d'internat.

La question d'intervention chirurgicale dans les affections des reins, dont l'historique ne peut guère remonter au-delà du XII^e siècle, est relativement très récente. La néphrotomie seule, c'est-à-dire la simple taille rénale, avait été proposée et pratiquée un assez grand nombre de fois jusque dans ces derniers temps. Nous avons exposé l'état où en était la pratique sur ce point, en plusieurs circonstances, notamment à l'occasion du travail également très remarquable sur ce sujet de M. le docteur Melchior Torres (de Buénos-Ayres). Mais ce n'est que depuis quelques années seulement, après que les physiologistes eurent démontré, par des expériences sur les animaux, la possibilité d'enlever en totalité l'un des reins, sans entraîner la mort, que la *néphrectomie* est entrée dans le domaine pratique. Nos lecteurs ont encore tout fraîchement dans l'esprit nos importantes communications dont cette opération a été l'objet au dernier Congrès de chirurgie. Nous allons mettre sous leurs yeux l'analyse de la savante étude que vient d'en faire M. Brodeur.

La néphrotomie, la néphrectomie et la néphrorrhaphie ont été pratiquées pour des anomalies de situation des reins, pour l'hydronephrose, pour les kystes du rein, les tumeurs (carcinome, sarcome, fibrome), les lésions traumatiques, les fistules urinaires, les calculs et les pyélo-néphrites.

Pour les anomalies de situation (reins flottants ou mobiles, douloureux), au nombre de 36 (33 chez des femmes et 3 chez des hommes), nous trouvons un relevé de 26 néphrectomies ayant donné pour résultat 18 guérisons et 8 cas de mort ; et de 10 néphrorrhaphies dont 9 suivies de guérison et une seulement

ayant amené la mort: soit en tout 36 cas de reins mobiles, 26 néphrectomies dont 20 abdominales avec 12 guérisons, et 6 lombaires avec 6 guérisons, et 10 néphrorrhaphies, toutes lombaires, avec 9 guérisons. Dans les 9 cas de décès, les causes de la mort ont été l'anurie (1 fois), le collapsus (1), l'inanition (1), l'œdème de la glotte (1), une péritonite chronique, une péritonite infectieuse, une septicémie et l'urémie (2) fois.

Pour l'hydronéphrose, le relevé porte 32 observations dont 12 du rein droit et 14 du rein gauche, réparties entre 23 femmes, 8 hommes et 1 enfant. Pour ces 23 cas, il a été pratiqué 22 néphrectomies dont 10 lombaires, avec 6 guérisons (60 p. 100), et 12 abdominales, avec 7 guérisons (58 p. 100); et 10 néphrotomies dont 5 lombaires, toutes avec guérison, 5 abdominales avec guérison (2 avec persistance de fistule.)

Les causes de la mort ont été: l'anurie (1 fois); le collapsus (1) le choc (1), l'hémorrhagie (2), la péritonite (2), la phthisie pulmonaire (1), l'urémie (1).

Pour les kystes du rein, au nombre de 15 (11 femmes, 4 hommes), que l'auteur divise en kystes simples, congénitaux ou acquis, et en kystes hydatiques, nous trouvons, pour 12 observations de la première série, 11 néphrectomies par l'incision abdominale, avec 4 guérisons et 7 morts, et 1 néphrotomie par la région lombaire, avec guérison.

Les observations relatives aux kystes hydatiques sont au nombre de 3 seulement: 2 sont de M. Péan, dans lesquelles la néphrotomie a été pratiquée avec succès, et 1 de Spiegelbert opérée par la néphrectomie incomplète, suivie de mort.

Il serait difficile, observe avec raison M. Brodeur, vu le petit nombre d'observations, de chercher à fixer une règle de conduite dans le traitement des kystes hydatiques du rein. En ajoutant à ces trois observations celles des kystes simples d'un pronostic plus grave, il conclut que la néphrotomie et surtout la néphrotomie lombaire doit être, dans ces cas, l'opération de choix. La néphrectomie, au contraire, ne devrait jamais être employée dans la dégénérescence kystique congénitale ou acquise du rein, dût le malade porter toute sa vie une fistule urinaire.

Le relevé des carcinomes du rein donne 18 cas (10 hommes, 7 femmes et 1 dont le sexe est indéterminé), ayant nécessité 17 néphrectomies dont 12 abdominales avec 2 guérisons (16,66 p. 100), 5 lombaires avec 4 guérisons (80 p. 100) et 1 néphrotomie lombaire, suivie de mort. Les causes de la mort ont été: le collapsus, l'épuisement, l'hémorrhagie, la perforation intestinale, la pleurésie, la récurrence, la suppuration abondante, la thrombose pulmonaire (chacune 1 fois), la péritonite et l'urémie (chacune 2 fois).

29 observations de sarcome (9 femmes, 6 hommes, 12 enfants), et autant de néphrectomies ont donné les résultats suivants: 25 néphrectomies abdominales, 13 guérisons (52 p. 100); 4 lombaires,

1 guérison (25 p. 100). Les causes de la mort ont été : le choc (3 fois), le collapsus, l'hémorrhagie, la péritonite, la septicémie (chacun 2 fois); l'épuisement, la récédive, la suppuration, le télanos (chacun 1 fois).

Les fibromes ou adéno-fibromes, au nombre de 10 (8 femmes et 2 enfants), ont donné lieu à 10 néphrectomies dont 8 abdominales avec 6 guérisons (75 p. 100), 2 lombaires avec 2 guérisons. Les 2 cas de mort ont été produits par la péritonite.

Les lésions traumatiques du rein contusions, plaies, déchirures, etc., au nombre de 14 (7 femmes et 7 hommes), ont donné lieu à 10 néphrectomies, dont 7 lombaires avec guérison (71,42 p. 100) et 3 médianes avec 2 guérisons (66,66 p. 100), et 4 néphrotomies lombaires avec 3 guérisons (75 p. 100). Causes des 4 cas de mort : cystite, fistule stercorale, péritonite généralisée, septicémie.

18 cas de fistules urinaires (13 femmes et 5 hommes); 18 néphrectomies dont 17 lombaires avec 12 guérisons (70,58 p. 100) et 1 médiane suivie de guérison. Causes de mort : collapsus (2 fois), épuisement, péritonite, urémie.

Les calculs du rein, au nombre de 25 (8 femmes, 14 hommes, 3 indéterminés) ont donné lieu à 23 opérations de néphrolithotomies lombaires avec 22 guérisons (95,65 p. 100) et à 2 néphrectomies lombaires, dont 1 pratiquée après la néphrolithotomie a été suivie de mort. Causes de mort : le choc et la pyohémie.

Les pyélo-néphrites, au nombre de 21 cas (15 femmes, 6 hommes), ont donné lieu à 16 néphrectomies dont 14 lombaires avec 5 guérisons (42,85 p. 100) et 2 abdominales avec 2 guérisons, et à 6 néphrotomies dont 4 lombaires avec 1 guérison (25 p. 100) et 2 abdominales avec guérison. Causes de la mort : épuisement (3 fois), septicémie, tuberculose généralisée, urémie, (chacune 2 fois); collapsus, tuberculose pulmonaire (1 fois).

En résumé, sur 327 opérations pratiquées sur le rein, il y a 127 morts et 200 guérisons, soit 61,16 p. 100.

Un mot seulement, avant de terminer, sur le manuel opératoire.

M. Brodeur, dans ses expériences sur le cadavre, a plusieurs fois extirpé le rein par la voie lombaire, en pratiquant une incision verticale, parallèle au bord externe de la masse sacro lombaire et dépassant de 5 à 6 centimètres le rebord des fausses côtes et la crête iliaque, suivant en cela la méthode de son maître M. Péan.

L'incision abdominale ou péritonéale présente les mêmes difficultés que l'ovariotomie. Elle nécessite une double plaie péritonéale qui augmente la gravité de l'opération. M. Brodeur exprime l'avis que, dans ces cas, il est utile de faire la suture de la plaie péritonéale profonde et même de pratiquer une contre-ouverture lombaire pour établir le drainage postérieur et faciliter ainsi l'écoulement des liquides. Quant à l'énucléation du rein, toutes les fois qu'il existe une inflammation péritonéale ancienne, avec épaisse-

ment et induration de l'atmosphère cellulo-graisseuse, l'opérateur doit faire porter son incision jusque sur la capsule fibreuse du roin, l'énucléation en devenant alors généralement facile.—*Gazette des hôpitaux.*

Du traitement de l'épithélioma de la langue.—*Société de Chirurgie.*—M. VERNEUIL fait une communication sur la question de savoir quelle conduite le chirurgien doit tenir dans le traitement de l'épithélioma de la langue. La première opération de ce genre qu'il ait pratiquée remonte à trente-quatre ans; depuis cette époque, il en a fait un grand nombre d'autres, et il lui a fallu, pour cela, un certain courage, si l'on considère les déboires nombreux auquel est condamné le chirurgien qui pratique ces sortes d'opérations. Il n'a pu améliorer les résultats qu'il a obtenus qu'en entrant dans la voie des grands sacrifices dont l'importance est d'ailleurs subordonnée à l'espèce ou à la variété de l'épithélioma à laquelle on a affaire.

Dans la variété d'épithélioma qui débute par les parties latérales de la langue, au niveau du tiers moyen, avec engorgement ganglionnaire et adhérences de l'épithélioma au plancher de la bouche et à la base de la mâchoire, M. Verneuil se contentait, dans les commencements, d'ouvrir l'espace sus-hyoïdien, de lier l'artère linguale, de décoller ensuite les adhérences du néoplasme aux ganglions et à la mâchoire, en allant même jusqu'à mettre l'os à nu par l'ablation du périoste. Mais, lorsqu'il pratiquait ainsi l'extirpation du néoplasme, il a toujours vu la récidive se faire d'une façon très rapide. On laisse, en effet, toujours de l'épithélioma dans l'épaisseur des tissus, par suite de l'insuffisance des sacrifices, et la récidive est fatale.

Chez un malade qu'il avait opéré, par le procédé ordinaire, d'un épithélioma de la langue avec adhérences, et chez lequel la récidive s'était produite, M. Verneuil, dans une seconde opération, enleva de propos délibéré, avec la tumeur, 3 centimètres environ de l'os maxillaire, au niveau de l'épithélioma. Après l'opération, le malade resta environ trois ou quatre mois dans les salles, puis il quitta le service et M. Verneuil le revit un an après sans qu'il se fut manifesté ombre de récidive.

Frappé de ce résultat, M. Verneuil a, dès lors, résolument et franchement pris le parti de faire, dans les cas de ce genre, une extirpation plus complète du néoplasme, extirpation dépassant largement les limites du mal et mettant désormais à l'abri des récidives, grâce à l'ablation d'un morceau de la mâchoire au niveau de l'épithélioma.

M. Verneuil a, en ce moment, dans son service, un garçon de salle auquel il a enlevé, par son nouveau procédé, un volumineux épithélioma et qui est guéri depuis quatre ans, sans trop de difformité, celle-ci se trouvant cachée par la barbe. Aussi M. Ver-

neuil est-il bien résolu, quand il aura affaire à cette variété d'épithélioma de la langue, à appliquer toujours désormais ce procédé.

Celui-ci a, en outre, l'avantage d'éviter les difficultés particulières que le chirurgien éprouve lorsqu'il s'agit d'administrer le chloroforme à des malades qui ont la langue adhérente au plancher de la bouche. Ces difficultés souvent considérables, et qui vont parfois jusqu'à l'imminence de l'asphyxie du malade, cessent immédiatement après la section de la mâchoire. Dernièrement, M. Verneuil a enlevé à un malade les deux tiers de la langue, et, après l'opération, la température a resté constamment entre 37° et 37°5. Il n'y a pas eu ombre de fièvre, tellement l'asepsie a été complète, grâce à cette manière de procéder qui supprime, en outre, les difficultés parfois insurmontables de l'emploi de la scie à chaîne, laquelle devient insupportable lorsqu'elle ne marche pas bien. Toutes les sections sont faites ainsi à ciel ouvert.

M. Verneuil pense donc que les chirurgiens ne doivent pas hésiter, dans les cas d'épithélioma lingual accompagné d'adhérences avec les ganglions et la mâchoire, à pratiquer la résection d'une portion de cet os dans toute l'étendue de l'adhérence avec l'épithélioma. On peut ainsi faire toutes les sections à ciel ouvert, l'extirpation complète est rendue beaucoup plus facile, ainsi que l'administration du chloroforme. Si, d'ailleurs, on a la précaution de laisser béante la partie inférieure de la plaie opératoire, avec introduction d'un tube à drainage pour l'écoulement des liquides, et l'emploi de la sonde œsophagienne pour l'alimentation des malades, on réalise une aseptie locale parfaite et l'on obtient des tiracés absolument apyrétiques. M. Verneuil reconnaît qu'il a été précédé dans cette voie par M. Léon Labbé qui, en 1882, a pratiqué la résection du maxillaire inférieur dans une opération d'extirpation d'un épithélioma de la langue. Mais M. Labbé n'a eu en vue, en faisant cette résection, que de rendre l'extirpation du néoplasme plus facile, tandis que M. Verneuil a voulu surtout élargir le champ opératoire et prévenir ainsi la récurrence. M. Verneuil ne parle pas naturellement des chirurgiens qui ont pratiqué la résection du maxillaire, alors que cet os était déjà envahi par le néoplasme.

M. BOUILLY a eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer l'ablation de l'épithélioma de la bouche; si large qu'ait été l'extirpation, il a presque toujours vu la récurrence se produire dans les six ou huit mois qui ont suivi l'opération. Cette récurrence s'est faite surtout dans les ganglions. Dans un seul cas la récurrence s'est fait attendre pendant deux ans. M. Bouilly craint que, même après la modification introduite par M. Verneuil, la guérison ne soit pas durable.

M. M. SÉE pense qu'une mâchoire qui a été en contact avec un épithélioma ne peut plus être considérée comme une mâchoire

saine; elle participe dès lors à la maladie; ce n'est donc pas un os sain, mais un os malade qu'enlève M. Verneuil en pratiquant la résection du maxillaire ayant contracté des adhérences avec l'épithélioma.

M. POLAILLON a eu l'occasion de pratiquer l'ablation d'un épithélioma de la langue, les suites de l'opération ont été assez satisfaisantes; au bout de deux ans, il n'y avait pas d'apparence de récidive; mais dernièrement, le malade est revenu avec un gonflement, non seulement des ganglions sous-maxillaires, mais encore du maxillaire inférieur lui-même. M. Polaillon a dû abandonner le malade à son malheureux sort.

Ce fait prouve donc la possibilité de la récidive même dans l'os maxillaire.

M. VERNEUIL persiste à penser que la résection du maxillaire est indispensable pour éviter la récidive de l'épithélioma; il est très difficile, en effet, de faire le décollement de la muqueuse buccale, et il a vu souvent la récidive s'effectuer sur les points d'adhérence de la muqueuse à l'os de la mâchoire. Elle peut avoir son siège sur quatre zones: la langue, le plancher de la bouche, les ganglions et, enfin l'os maxillaire. Il est exceptionnel de la voir se faire dans la quatrième zone ou zone osseuse, comme dans le cas de M. Polaillon. Il est donc inexact de dire, avec M. Marc Sée, que l'os, ayant contracté des adhérences avec l'épithélioma, participe dès lors à la maladie. M. Verneuil s'est assuré du contraire par la discussion et l'examen microscopique.

Nature, pathogénie et traitement du tétanos.—*Congrès français de Chirurgie*—Un grand nombre d'orateurs ont pris part à la discussion. M. le Dr BORIES rapporte une observation de guérison par le traitement de M. Verneuil. Sa malade a pris plus de 200 grammes de chloral et reçu 169 injections de morphine; elle a été maintenue dans l'ouate, à l'obscurité, au milieu du calme le plus complet. Les accidents ont été fort intenses et cependant la malade a guéri.—M. le Dr. BALESTRERI croit que le tétanos est une névrose, et il traite les névroses par le tartre stibié à hautes doses. Il montre trois tétaniques guéris par l'émétique à dose de 25, 40 et même 50 centigrammes par jour. Le chloral a laissé périr 11 malades sur 17; par l'émétique, il en a sauvé 3 sur 3.

M. le Dr BLANC en est arrivé à penser que l'on ne peut guère formuler qu'une thérapeutique empirique. Les médecins hindous prescrivent des purgatifs, du laitage, de la chaleur et l'obscurité. Nous remplaçons les purgatifs par le chloral ou la morphine.

M. le Dr VALSIN a aussi obtenu par le repos et les calmants un succès dont il rapporte l'histoire. Il a employé cette médication parce qu'il estime que le tétanos est une "névrose." Il n'admet pas qu'il s'agisse d'un empoisonnement par un virus, c'est l'avis des Drs Arling, Tripier et Nocard.

M. MAUNOURY n'est pas convaincu par les expériences exposées cette année par Rosenbach au Congrès des chirurgiens allemands. Le tétanos est fréquent à Chartres, où il exerce; pourtant il n'a pu constater aucun cas de contagion; tandis que presque toujours il lui a été permis d'incriminer le froid humide.

M. THIRIAR (de Bruxelles) a perdu du tétanos 4 femmes opérées d'ovariotomie dans les conditions les plus favorables; les trois derniers cas sont survenus coup sur coup, sans aucun refroidissement; l'un d'eux a été observé aux environs de Waterloo et les médecins du pays ont dit à M. Thiriar que le tétanos, presque inconnu dans la région pendant trente ans, sévit depuis deux ans sous forme d'une sorte d'épidémie, si bien que huit cas récents ont été observés dans une région d'une lieue.

M. BLANC reconnaît aussi l'influence de la contagion; endémique à Bombay, le tétanos y devient réellement épidémique par moments, pendant les semaines de la saison chaude.

L'inverse est affirmé par M. de Saboya (de Rio de Janeiro), et par Lister. Cela est contraire encore aux constatations de M. Doyen, pour qui le tétanos naît de plaies contuses, suppurantes, compliquées de corps étrangers, pour qui le tétanos est une modalité de la septicémie. Il doute du bacille de Nicolaïer qui n'a pas eu de cultures pures, et les spasmes consécutifs à ses inoculations peuvent fort bien relever d'accidents septicémiques complexes. M. Doyen a fait des cultures avec les nerfs de la région, les bourgeons charnus de la plaie: elles sont restées négatives; mais elles ont été positives avec des fragments de protubérance, de foie, de rate. Cela confirme les résultats obtenus par M. Cornil avec le bulbe d'un tétanique, la culture contenant le *staphylococcus albus*. Cela cadre très bien avec les faits où l'opérateur semble être la cause de la contagion, et M. Doyen a raconté l'histoire d'un vétérinaire qui a la spécialité de perdre du tétanos tous les chevaux auxquels il pratique la castration. Y a-t-il identité entre le tétanos du cheval et celui de l'homme? M. Langer a fourni des faits à l'appui de cette opinion.

M. VERNEUIL a soumis au Congrès l'hypothèse de "l'origine équine du tétanos." Ce n'est qu'une hypothèse, mais peut être capable d'élucider l'étiologie et par conséquent la thérapeutique et la prophylaxie de cette terrible maladie. Ce qui tend surtout à embrouiller la question, c'est que le tétanos est une de ces affections sur lesquelles M. Verneuil a si souvent insisté, dont la production nécessite un concours de circonstances multiples; le germe une fois introduit, il faut admettre l'influence des causes, autrefois dites essentielles, et ici, en première ligne, le refroidissement. Evidemment, le germe est le même pour le tétanos, toujours identique dans ses symptômes, qui sévit sur les divers animaux. Pourquoi le cheval ne serait-il pas la cause première du mal? Il faut étudier le tétanos comme on a étudié la morve, la

rage, etc. Il est utile d'enregistrer les faits qu'on peut grouper en quatre catégories; 1o tétanos chez des blessés en rapport avec des chevaux tétaniques (Larger, Bouilly, Ricochon), 2o tétanos à la suite des blessures faites par des chevaux, (Vaslin, Ricochon); 3o tétanos chez des hommes en contact avec des chevaux par leur profession, 4o tétanos chez des hommes en contact avec la terre qui reçoit des déjections de cheval. Déjà les faits commencent à être nombreux.—*Scalpel.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement, par P. BUDIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur de la Charité.—Dans les cas d'avortement, lorsque le fœtus a été expulsé et que l'arrière-faix demeure dans la cavité utérine, quelle doit être la conduite du médecin? Cette question a été très discutée dans ces dernières années.

Deux conditions principales peuvent être observées à la suite de la rétention de l'arrière-faix dans la matrice, ce sont: l'hémorragie et la septicémie.

Un certain nombre d'accoucheurs, considérant ces complications comme fréquentes, donnent le conseil d'intervenir toujours, lorsqu'au bout de quelques heures les annexes n'ont pas suivi le fœtus. Les procédés qu'ils ont recommandés sont nombreux et variés. Les uns introduisent le doigt dans l'utérus et cherchent à décoller, à fragmenter, à enlever le placenta, d'autres font pénétrer des pinces mousses, des pinces à faux germes avec lesquelles ils s'efforcent d'extraire de leur mieux l'arrière-faix, il en est qui emploient la curette, soit une curette mousse, soit une curette coupante. le Dr P. Mundé, par exemple, ne fait usage que de la curette mousse et encore recommande-t-il d'éviter l'emploi d'une force qui pourrait blesser la femme. Mais la curette à bords tranchants a ses partisans: on gratte, on racle les parois de la cavité utérine et on entraîne au dehors les débris de l'œuf. Dans ces derniers temps, on a conseillé d'ajouter au raclage des parois utérines, pratiqué avec une curette large et mousse, l'emploi de l'écouvillon. Dans certains cas, l'écouvillon suffirait, sans qu'il fut besoin d'avoir préalablement recours au raclage.

Mais il n'est pas toujours facile d'opérer dans l'utérus dont les dimensions sont peu considérables au début de la grossesse et dont le canal cervical n'est guère perméable; on peut être obligé de pratiquer la dilatation soit avec le doigt, soit avec des dilateurs mécanique, soit avec l'éponge préparée, la laminaire ou le tupelo. Pour mieux agir même, quelques médecins saisissent le col avec des pinces de Museux et l'abaissent jusqu'à la vulve. En un mot, il faudrait par tous les moyens, et ces moyens varient

suivant les cas et avec le tempérament des opérateurs, arriver à entraîner l'arrière faix hors de la cavité utérine.

Une telle conduite est-elle vraiment rationnelle et nécessaire ? Il nous semble que, pour la faire accepter, il faudrait d'abord démontrer deux choses : 1^o que la rétention du placenta est réellement une source d'accidents fréquents ; 2^o que les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on a recours n'offrent aucun danger.

1^o La rétention du placenta dans l'avortement est-elle réellement une source d'accidents fréquents ?

Nous avons rassemblé toutes les observations recueillies dans notre service d'accouchements de la Charité, du mois de mai 1883 au mois de mai 1886, et nous avons de plus, avec l'autorisation de M. Tarnier, fait relever tous les cas d'avortement qui ont été soignés à la Maternité du mois de juillet 1883 au mois de juillet 1886. Voici les résultats que nous avons obtenus :

Sur un total de 215 observations (57 à la Charité, 153 à la Maternité), il y a eu 46 fois rétention du placenta, ce qui donne une proportion de 22 pour 100.

Les suites de couches ont été habituellement simples après l'avortement complet, la morbidité a été presque nulle : mais qu'a-t-on observé dans les cas de rétention de l'arrière-faix.

A la Charité, il n'y a eu aucune hémorrhagie quand la délivrance tardive s'est effectuée. A la Maternité, deux fois seulement, une légère hémorrhagie est survenue au moment où le placenta a été expulsé.

Quant à la septicémie, sur 22 cas de rétention du placenta observés à la Charité, 3 femmes avaient de la fièvre quand elles ont été apportées à l'hôpital ; chez deux d'entre elles, l'embryon était déjà expulsé ; chez la troisième, il avait 40° au moment de la sortie du fœtus, quelques heures après l'admission de la mère. Dans ces trois faits les symptômes de septicémie ont facilement disparu sous l'action du traitement antiseptique.

Sur 24 cas de rétention suivis à la Maternité, 21 fois il n'y a eu aucun accident, les suites de couches ont été normales ; trois autres ont présenté les particularités suivantes : Une femme chez laquelle le placenta était resté dans la cavité utérine a eu quelques phénomènes d'infection qui ont rapidement cédé aux injections intra-utérines de liqueur de Van Swieten ; une autre, victime d'un avortement criminel, est entrée à l'hôpital avec de l'élévation de la température, la guérison a été prompte ; enfin chez une malade qui avait de la bronchite et de la fièvre lors de son admission à la Maternité, le placenta fut expulsé totalement au bout de soixante heures ; il y a eu des lochies fétides qui disparurent rapidement avec les injections intra-utérines, mais la fièvre et la toux qui existaient au moment de l'entrée persistèrent, s'accrurent et on constata l'existence d'une pneumonie à laquelle la femme succomba quatorze jours après qu'elle avait avorté (1).

En résumé, sur ces 210 faits d'avortement, il y a eu 46 fois rétention du placenta; les accidents consécutifs à cette rétention ont été très rares, une seule femme a succombé, et il est douteux qu'on puisse attribuer sa mort à la septicémie.

Donc, quand on met les femmes dans des conditions favorables d'asepsie, la rétention du placenta n'est pas fréquemment, comme on l'a prétendu, une source d'accidents.

2o Toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on se livre pour extraire l'arrière-faix sont-elles donc complètement inoffensives? Nous ne saurions trop engager ceux que cette question intéresse à lire avec soin les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Ils y verront que le doigt est en général insuffisant, il ne réussit pas toujours à détacher le placenta et à l'entraîner au dehors. Les pinces sont difficiles à manier dans l'intérieur de l'utérus et souvent elles y laissent des débris de l'arrière-faix.

Quant aux curettes et surtout aux curettes coupantes, on leur a adressé maints reproches fondés sur des faits. Elles semblent impuissantes à détacher les débris du placenta lorsqu'ils se trouvent dans une des cornes de l'utérus, a dit P. Mundé, malgré un grattage attentif on a laissé des portions de délivre dans l'intérieur de l'utérus, les observations de Skjelderup, de Doléris en font foi; dans un cas même rapporté par Moses, bien qu'on eût râclé, lave, cautérisé avec le perchlorure de fer, on ne fut pas peu surpris de voir le lendemain " un fœtus sans jambes, long de 6 à 7 centimètres qui, malgré l'emploi de la curette coupante, était demeuré dans la cavité utérine sans avoir donné lieu à aucun symptôme " (J. Moses). La curette agit donc en aveugle. Elle est, de plus, dangereuse; en sectionnant la muqueuse saine, elle ouvre des portes à l'infection, a dit J. Veit; elle amène des hémorrhagies qu'il est parfois très difficile d'arrêter, J. Moses en a cité un exemple frappant. Enfin, quand on est obligé d'avoir recours à la dilatation, elle n'est pas toujours inoffensive: Schwarz (de Halle) a rapporté deux cas de déchirure considérable du col, l'une d'entre elles s'étendait jusque dans le ligament large.

Grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, les résultats n'ont pas été aussi mauvais qu'on pourrait le croire, cependant on voit qu'avec ces interventions préventives faites pour mettre les femmes à l'abri de la septicémie et d'une hémorrhagie possi-

(1) Nous laissons, volontairement, de côté les cas de rétention des membranes.— Ajoutons que nous n'avons pas cru devoir comprendre dans le relevé de la Charité une femme pour laquelle, en notre absence, un de nos collègues a employé une autre méthode, et dans la statistique de la Maternité l'observation d'une femme apportée en pleine péritonite. Il y avait eu avortement criminel; la malade mourut le lendemain et la personne coupable d'avoir provoqué cet avortement fut condamnée aux travaux forcés.

ble, les pertes de sang abondantes ne sont pas rares, dans une des observations publiées par Moses, les cautérisations avec du perchlorure de fer n'ont pas suffi pour arrêter l'hémorragie, la malade a eu du collapsus, il a fallu la tamponner. Toutes les femmes n'ont pas échappé à la septicémie; Moses a noté de l'endométrite dans quatre cas et P. Mundé de la cellulite pelvienne; Fehling a observé trois phlegmons pelviens graves, Cosentino, P. Mundé, Fehling ont vu des décès survenir malgré le traitement ou même à cause du traitement.

Ainsi donc, d'une part, contrairement à l'opinion admise par certains auteurs, la rétention des annexes du fœtus dans l'avortement n'est que rarement le point de départ de complications, si on a recours aux antiseptiques. D'autre part, les diverses méthodes d'intervention qui ont été conseillées et mises en pratique sont les unes insuffisantes, les autres dangereuses. En conséquence nous ne voyons nullement qu'il soit nécessaire d'intervenir lorsque, l'embryon ayant été expulsé, le placenta reste dans la cavité utérine. On se bornera à faire deux ou trois fois par jour des toilettes et des injections vaginales antiseptiques, et l'arrière-faix sera éliminé spontanément.

Mais s'il survient des complications, des hémorragies graves ou des phénomènes de septicémie, soit parce qu'aucune précaution antiseptique n'a été prise, soit parce que des tentatives infructueuses ont été faites pour extraire l'arrière-faix, ce qui favorise beaucoup en général l'apparition des accidents, que convient-il de faire?

Sans vouloir entrer dans les détails relatifs à chaque cas particulier, nous résumerons en quelques mots la conduite à tenir. Contre l'hémorragie grave, le tamponnement est le moyen par excellence, le seul qui soit véritablement efficace, et nous parlons du tamponnement pratiqué avec de l'ouate ou de la charpie qui ont été préalablement rendues aseptiques par un séjour dans une solution d'acide phénique, de sublimé, etc.

S'il existe des phénomènes de septicémie au début, des injections vaginales antiseptiques seront pratiquées toutes les deux heures ou toutes les heures. Elles suffisent le plus souvent et les accidents cessent bientôt complètement.

Si, lorsqu'on est appelé, les symptômes d'infection sont plus graves, ou si les accidents ne cèdent pas rapidement aux injections vaginales sérieusement faites, on doit recourir aux injections antiseptiques intra-utérines: on emploiera la solution de sublimé à 1 pour 2,000 ou pour 3,000, la solution d'acide phénique à 2 ou 3 pour 100, etc.

Il faut, en pratiquant ces lavages intra-utérins, veiller à ce qu'aucun obstacle ne s'oppose à la sortie du liquide de l'injection: cette sortie est parfaitement assurée avec la sonde à canal en forme de fer à cheval. En agissant de la sorte, on rend proba-

blement aseptique la cavité utérine, et en obtient rapidement ce résultat, car les lochies cessent d'être fétides et la fièvre tombe. On ne doit pas négliger le traitement général, et on insistera en particulier sur l'emploi du sulfate de quinine.

Cette méthode, mise en pratique à la Maternité par M. Tarnier et que nous avons suivie à la Charité, a donné les résultats que nous avons rapporté plus haut. Il nous semble difficile d'en obtenir de meilleurs.

Il ne faut pas s'y méprendre, ce n'est pas à l'expectation pure et simple que nous avons recours. La méthode ancienne de l'expectation, qui était bonne, est devenue de nos jours excellente, grâce à l'antisepsie vaginale et à l'antisepsie intra-utérine. Le traitement de l'avortement a ainsi bénéficié des différents progrès qui ont été successivement réalisés.

Ajoutons que cette méthode—expectation et antisepsie—peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et par toutes les sages-femmes, ce qui n'est pas un médiocre avantage. —*Progrès médical.*

Vomissements de la grossesse.—On sait que J. Simpson, d'Edimbourg, a constaté que l'oxalate de cerium présente la singulière propriété d'arrêter très rapidement les vomissements incoercibles de la grossesse. Malheureusement, l'oxalate de cerium est rarement pur, il renferme presque toujours des traces de fer, de lanthane et de didyme. (P. Thibault).

Le valérianate de cérium peut, au contraire, être obtenu dans un grand état de pureté; et l'acide valérianique, excellent antispasmodique, ne peut que renforcer l'action du cerium. Des essais récents m'ont permis de constater que ce nouveau sel, administré en pilules de 0,05c, à la dose de deux à quatre par jour, arrête en très peu de temps les vomissements les plus rebelles et particulièrement ceux qui ont pour origine une modification fonctionnelle ou lésion organique de l'utérus ou de l'appareil utéro ovarien (grossesse, dysménorrhée, métrite aiguë, métrô-péritonite, etc.)

Vaginisme traité par l'opération de Marion Sims.—M. TILLAUX considère la *dyspareunie*, ou inaptitude au coït, comme étant le résultat de l'hyperesthésie vulvaire: pour lui, comme pour Gosselin, la contracture dite vaginisme ne serait que secondaire.

Si, en effet, la contracture du sphincter est seule en jeu, la dilatation forcée doit suffire pour la faire disparaître. Or l'expérience démontre le contraire. D'autre part, on sait que la rétraction musculaire succède habituellement aux contractures. Endort-on une malade atteinte de vaginisme, toute résistance disparaît aussitôt.

Partant de cette conclusion qu'il faut combattre l'hyperesthésie, M. Tillaux pratique, en pareil cas, l'opération de Marion Sims, consistant dans le sectionnement des nerfs de chaque côté de la

vulve. La malade endormie, le doigt est introduit dans l'anneau vulvaire et le distend; l'hymen est sectionné et enlevé autant que possible, puis l'on pratique, de chaque côté de l'orifice vulvaire, une incision parallèle au bord de cet orifice, venant aboutir en arrière à la commissure postérieure. Il en résulte une incision en V à sommet dirigé en arrière. On a ainsi sectionné les filets nerveux qui entourent la vulve. On peut ensuite pratiquer la dilatation forcée.

Quelques tampons d'iodoforme sont alors introduits dans le vagin; ce pansement suffit et la cicatrisation de la plaie se fait rapidement.

Une première malade ainsi opérée à l'Hôtel-Dieu, le 21 janvier dernier, est sortie guérie huit jours après l'opération. Elle est actuellement enceinte.

Une deuxième malade, opérée plus récemment, est sortie dix jours après l'opération, pouvant supporter, sans trop de douleur, l'introduction du doigt dans le vagin. (*Annales de gynécologie.*)

Réflexions.—M. Tillaux a été particulièrement favorisé dans le premier de ces cas, et il n'est pas certain que dans le second un résultat définitif soit acquis. P. Ménière a pratiqué l'opération de Sims un assez grand nombre de fois, il a tenté également la section cruciale de l'orifice vulvaire, telle que l'a conseillé autrefois Broca, à l'aide du fil du galvanocautère porté au rouge, et dans les cas les plus heureux, il n'a obtenu que des résultats *momentanés*. Il est rare que le vaginisme ne reparaisse pas au bout de quelques mois. Quand le vaginisme est *essentiel*, la section du nerf honteux interne (si cela était praticable sans danger et si le mode opératoire pouvait en être rigoureusement fixé) serait le remède véritablement héroïque, et encore serait-il indispensable de réséquer quelques millimètres du nerf sectionné.

La dilatation graduelle ou forcée, pratiquée à l'aide du dilateur de Ménière (*Académie de médecine, séance du 11 mai 1875*) ne donne également qu'une amélioration passagère. En résumé, le vaginisme essentiel, ou vulvisme, dû à l'hyperesthésie, est une affection excessivement rebelle. Il n'en est pas de même du vaginisme symptomatique.—*Gazette de gynécologie.*

Traitement des gerçures du sein, par le DR PINARD. — Dès que les crevasses apparaissent, et même on peut dire dès qu'il y a de la sensibilité au moment de la tétée, on applique sur le mamelon et l'aréole une compresse pliée en quatre et imbibée de la solution d'acide borique; cette solution doit être titrée de la façon suivante :

Eau distillée..... 200 grammes

Acide borique..... 6 —

On peut aussi employer sans inconvénients la solution saturée à 4%.

Sur la compresse, on placera un morceau de taffetas gommé, afin d'éviter l'évaporation. Sur le taffetas on applique une couche

d'ouate, et le tout est maintenu avec un bandage de corps.—*Les Nouveaux Remèdes.*

Traitement des métrorrhagies—Le Dr CHÉRON préconise la rue et la sabine dans la métrorrhagie, et il dit, avec raison, que ces médicaments sont souvent préférables à l'ergotine. Plusieurs fois, en effet, nous les avons employés avec un succès réel et presque immédiat.—Voici les formules du Dr Chéron :

1^{re} form. Poudre de rue {
 — de sabine { à à 1 gram., pour faire 20 pilules.

Prendre une pilule le matin, une le soir.

2^e form. Sabine fraîchement pulv. 10 gr. Divisez en 30 cachets.

3^e form. Julep gommeux..... 120 gram.

Huile de sabine..... VI à X gouttes

4^e form. Ergotine..... 3 gram.

Rue pulv..... 1.50

Sabine pulv..... 1.50

M.—pour 30 pilules.

A prendre deux par jour, puis quatre.

Lorsqu'il n'y a pas contradiction, par une affection du vagin ou de l'utérus, les moyens les plus puissants pour combattre les métrorrhagies sont les injections hyalalcooliques de tannin, de chlorure de fer et de sulfocyanure de fer.

Dans beaucoup de cas, l'injection hyalalcoolique de tannin suffit; mais on la concentre plus ou moins, suivant l'abondance ou la durée de la métrorrhagie. Si, malgré les injections de tannin, la métrorrhagie tarde à s'arrêter, on a recours aux injections de chlorure ferrique; ces injections doivent être également hyalalcooliques. Enfin, pour hâter l'action de ces dernières, on peut les alterner avec des injections de sulfocyanure ferrique qui, comme les autres, auront pour excipient l'alcool à 95 degrés, plus ou moins étendu d'eau.

Il est clair que ces diverses injections ne doivent pas être employées lorsque la métrorrhagie a pour cause la métrite, le cancer ou l'épithélioma de l'utérus.

Dans les métrorrhagies abondantes de l'âge critique, il faut d'abord avoir recours à une solution hyalalcoolique de tannin assez concentrée, et lorsque l'hémorrhagie a un peu diminué, employer immédiatement des injections hyalalcooliques de sulfocyanure ferrique.

Le traitement général a pour but de combattre l'affaiblissement que cause la métrorrhagie. Nourriture analeptique, poudre de viande, jus de viande crue, étendu d'eau, sucré et aromatisé; vins généreux, vin de coca, alternant avec du vin de kins au malaga; bon café noir une fois par jour, tels sont les moyens, comptant parmi les meilleurs, pour soutenir les forces qui, dans la métrorrhagie, se dépriment facilement.—*Revue des maladies des femmes et Gazette de gynécologie.*

FORMULAIRE.

Anorexie et Constipation.

P.—Teinture de gentiane	9½ onces
Teinture de rhubarbe	9 “
Teinture d'aconit	1 drachme
Essence d'anis.....	20 gouttes

M.—Dose : Une cuillerée à soupe à la fin du principal repas.

Odontalgie.—Magitot.

P.—Chloroforme.....	} ãã ½ drachme 2½ drachmes
Créosote	
Laudanum de Sydenham	
Teinture de benjoin	

M. En imber des tampons d'ouate qu'on introduit dans la dent cariée.—Formulaire des *Nouveaux Remèdes*.

Colique néphrétique.—Huchard.

P.—Benzoate de soude	} ãã 54 grains 3 gouttes
Carbonate de lithine.....	
Extrait de stigmates de maïs	
Huile essentielle d'anis	

M.—Divisez en 60 pilules.

Dose : 4 par jour.—*Les Nouveaux Remèdes*.

Uréthrite.

P.—Teinture de gelsémium	½ drachme
Bromure de potassium	2½ drachmes
Bicarbonate de potasse	½ once
Eau	4 onces

M.—Dose : Une cuillerée à dessert toutes les trois heures.—*Medical Bulletin*.

Rétraction de l'aponévrose palmaire.—Vulpian.

P.—Iodure de potassium.....	2½ drachmes
Teinture d'iode	1 drachme
Axonge ou vaseline	5 drachmes

M.—On étend une couche de cette pommade sur la paume de la main, et on dépose par dessus plusieurs couches de ouate, maintenues à l'aide de tours de bandes. Ce pansement est laissé en place pendant 24 heures, puis renouvelé, jusqu'à ce qu'il ait provoqué la chute de toutes les squames de la surface palmaire.—*Union médicale*.

Potion diurétique.—DaCosta.

P.—Acétate de potasse	20 grains
Teinture de gingembre	10 gouttes
Sirop simple	1 drachme
Eau—q. s. pour faire	2 drachmes

M.—A prendre toutes les trois heures.—*College and Clinical Record.*

Pilule laxative.—Delpech.

P.—Podophylline	45 grains.
Savon amygdalin	22 "
Extrait de gentiane	22 "
Extrait de jusquiame	7½ "

M.—Faites 100 pilules.

Dose: Une pilule le soir, au moment du coucher.—*Nouveaux Remèdes.*

Coqueluche.

R.—Sulfate de morphine	½ grain
Sulfate de quinine.....	1 drachme
Acide muriatique dilué	½ "
Sirop de citron.....	6 onces.

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé, dans un peu d'eau, 4 fois par jour.

Phthisie.—Potain.

P.—Créosote.....	½ goutte
Iodoforme.....	⅙ grain
Extrait d'opium.....	¼ "
Baume de tolu.....	⅓ goutte
Térébenthine.....	" "

M.—Pour une pilule, à prendre de 3 à 10 fois par jour.

Troubles nerveux de la ménopause.—Goodell.

P.—Muriate d'ammoniaque.....	2 drachmes
Bromure d'ammonium	4 "
Teinture de gentiane comp.....	3 onces
Eau.....	3 "

M.—Une cuillerée à soupe avant chaque repas. — *Polyclinic.*

Soif des diabétiques.—Duchenne.

P.—Phosphate de potasse	2 parties
Eau.....	75 "

M.—Une cuillerée à thé de cette solution est donnée deux ou trois fois par jour dans un peu de vin ou d'infusion de houblon.—*Les Nouveaux Remèdes.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JANVIER 1887.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. ARÉDÉE PRINCE & CIE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'Administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

AU LECTEUR.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA entre aujourd'hui dans sa sixième année d'existence. Pour elle, c'est plus que l'adolescence avec ses espérances et ses promesses, c'est l'âge mûr avec tout sa sérénité, tant il est vrai que l'on vieillit rapidement dans le journalisme scientifique. L'UNION MÉDICALE est l'aînée des journaux de médecine publiés aujourd'hui dans la province de Québec, et ce droit d'aînesse, elle se croit justifiée d'en parler et de le faire valoir puisqu'elle le doit au généreux concours de la profession médicale canadienne française dont elle est l'organe et dont elle croit représenter les idées.

Du jour même de sa fondation, en 1872, le journal que nous avons aujourd'hui l'honneur de diriger a toujours cherché à promouvoir les intérêts de la profession en cette province, et nous pouvons nous dire, avec un sentiment de légitime satisfac-

tion, que si notre corps médical jouit actuellement des droits et des privilèges pour lesquels il a combattu avec tant d'ardeur et de persévérance depuis quinze ans, L'UNION MÉDICALE peut réclamer pour sienne une part des résultats obtenus. Ces résultats se résument, pour ainsi dire, dans l'*Actu médical* et ses amendements, en particulier dans l'établissement d'un bureau spécial pour l'admission à l'étude de la médecine et dans celui d'un bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique. Nous sommes convaincus que la profession médicale doit retirer les plus grands avantages de la création de ces deux bureaux—et cela ne fait déjà plus de doute pour ce qui regarde les examens préliminaires, aussi sommes-nous fiers de nous être employés, dans la mesure de notre pouvoir, à faire prévaloir une thèse que nous avons raison de croire juste et bonne.

Mais si cette partie de notre programme est aujourd'hui heureusement remplie, il ne s'ensuit pas que nous devions en rester là comme si rien de plus ne restait à faire. Il est encore, on le sait, d'urgentes réformes dont il importe de s'occuper très sérieusement; de fait, il y aura toujours matière à amendement, puisqu'il est écrit que la perfection est chose insaisissable, et quasi chimérique. Il s'en suit donc que notre rôle est loin d'être fini, les luttes du passé n'étant que le prélude des combats que nous réserve l'avenir. Nous ne reculerons pas devant la tâche qui s'impose à nous. Au contraire nous l'acceptons avec courage, sinon avec enthousiasme, décidés que nous sommes de ne rien épargner pour défendre les intérêts du corps médical contre tout ce qui serait de nature à les léser. C'est là, en deux mots, notre profession de foi pour les années à venir.

Au point de vue purement scientifique, nous continuerons à faire de L'UNION MÉDICALE DU CANADA un journal aussi intéressant et surtout aussi utile que possible, par le choix des travaux, la variété des reproductions, l'actualité des sujets etc. En outre, nous nous proposons de donner désormais avec chaque numéro deux pages de formules au lieu d'une seule, et de surveiller d'une manière plus spéciale que par le passé cette partie de la reproduction étrangère.

* * *

Comme on aura pu le remarquer, la présente livraison commence le premier volume d'une nouvelle série de L'UNION MÉDICALE. La pensée d'inaugurer ainsi une deuxième série nous est venue du fait qu'il est actuellement presque impossible de se procurer les volumes des premières années, le tirage en étant à peu près complètement épuisé; tout au plus pouvons-nous disposer, à l'heure qu'il est, d'une ou deux files du journal. Ceux de nos jeunes abonnés qui n'ont pu se procurer, jusqu'ici, la collection entière de L'UNION MÉDICALE auront ainsi, du moins, cette compensation de pouvoir posséder complète la nouvelle série.

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour faire subir à la partie typographique de notre journal quelques utiles modifications qui auront pour effet d'améliorer l'apparence même du texte et qui nous permettent d'ajouter à chaque numéro huit pages de plus de matière à lire. Chaque numéro contiendra donc désormais 56 pages au lieu de 48.

* * *

Que nos abonnés et lecteurs veuillent bien agréer, à l'occasion de la nouvelle année, nos souhaits les plus sincères et les meilleurs, en même temps que l'expression de notre reconnaissance pour le patronage qu'ils veulent bien nous accorder.

Un nouveau traitement de la phthisie et des affections pulmonaires.

Parmi les nouveautés thérapeutiques de l'année 1886, le traitement des maladies des voies respiratoires, et en particulier de la phthisie, par les injections gazeuses intra-rectales, mérite une place au premier rang, tant par l'importance même de la méthode que par le retentissement qu'elle a eu au sein des sociétés savantes et dans la presse médicale.

On sait que, de tout temps, l'idéal que l'on a cherché à atteindre dans la thérapeutique des maladies des organes respiratoires a été de combattre ces maladies sur place, localement. Cet idéal, légitime à tous les points de vue, mais qui n'est malheureusement pas toujours à notre portée, a souvent été le point de mire de ceux qui se sont occupés du traitement de la phthisie pulmonaire. Même avant la découverte du bacille, mais principalement depuis les travaux de Koch, tous les agents microbicides ont été mis en réquisition, à la faveur d'une foule de méthodes: inhalations, vaporisations, injections, etc., dans le but de détruire sur place le micro-organisme, ou d'en empêcher la reproduction ultérieure. Mais, on ne l'ignore pas, les tentatives instituées pour guérir ainsi la phthisie par la pénétration de substances parasitocides ont abouti jusqu'à présent, à un résultat à peu près négatif, et de tous les agents destinés à détruire le bacille sur place ou à le stériliser, il n'en existe pas encore un seul qui ait fait ses preuves. Les recherches et les travaux se poursuivent donc encore avec ardeur dans cette direction.

Dans une communication à l'*Académie des sciences*, le 12 juillet dernier, M. le Dr L. Bergeon, agrégé libre de la Faculté de médecine de Lyon, a exposé les résultats obtenus par lui dans le trai-

tement de la phthisie pulmonaire par les injections intra-rectales d'hydrogène sulfuré. M. Bergeon a pris pour point de départ le fait, démontré naguère par Claude Bernard, que, lorsqu'on injecte par le rectum, chez les animaux, de l'hydrogène sulfuré, ce gaz est éliminé par le poumon, après avoir passé successivement par les veines intestinales, le cœur droit et l'artère pulmonaire. Ainsi, le gaz sulfhydrique s'absorbe sans accident, tandis qu'une même dose, respirée, détermine la mort. Le gaz hydrogène sulfuré a été choisi de préférence aux autres médicaments antiseptiques vu sa très grande facilité d'absorption et ses propriétés microbicides, propriétés qu'il possède en commun avec l'acide sulfureux et les sulfures en général. Mais le gaz sulfhydrique ne peut être introduit seul dans l'intestin qu'il irriterait, aussi M. Bergeon le mêle-t-il au gaz acide carbonique qui, on le sait, est très facilement toléré par le rectum et dont l'action sédative locale contrecarre vraisemblablement l'irritation produite par l'hydrogène sulfuré.

Les deux gaz sont introduits dans le rectum au moyen d'un petit appareil fort simplement construit et qui atteint un double but : fabriquer du gaz acide carbonique très pur, et reprendre ce gaz acide carbonique pour le faire passer à travers un agent médicamenteux et l'injecter dans le rectum.

Quant aux résultats thérapeutiques de la méthode nouvelle, voici ceux qu'ont obtenu MM. Bergeon et Morel chez le plus grand nombre des tuberculeux soumis à ces injections : disparition très rapide des phénomènes de suppuration pulmonaire et marche progressive vers un état de santé offrant toutes les apparences de la guérison ; la toux a diminué, l'expectoration tend à disparaître et le sommeil revient.

MM. Chantemesse, Cornil, Dujardin-Beaumetz, etc, ont à leur tour expérimenté ces injections, non seulement dans les cas de phthisie, mais aussi dans plusieurs autres affections pulmonaires. Chez un tuberculeux observé par M. Chantemesse, l'amélioration a été très sensible, la toux a diminué et le malade a présenté une augmentation de poids de neuf livres en un mois et demi. Il a aussi obtenu des résultats dans un cas d'asthme caractérisé par des accès très intenses. Par voie d'analogie, on est en droit d'attendre de bons effets de la méthode de M. Bergeon dans la bronchite fétide, la bronchiectasie, la gangrène pulmonaire, et en général dans les maladies pulmonaires caractérisées par l'abondance ou la fétidité des sécrétions.

M. Bergeon a, jusqu'à ce jour, employé, soit des solutions titrées d'acide sulfhydrique, soit les eaux minérales sulfurées. M. Bardet, l'éminent chef de laboratoire de l'hôpital Cochin, conseille d'avoir recours à deux solutions titrées, l'une de sulfure de sodium, et l'autre d'acide tartrique ; par le mélange des deux on obtient un dégagement d'acide sulfhydrique titré.

Voilà, en résumé, la méthode que M. Bergeon expérimente depuis deux ans, et dont les bons effets annoncés à l'*Académie des sciences* en juillet 1886, ont été, depuis, confirmés et généralisés.

Les résultats cliniques, a dit M. le professeur Cornil, à l'Académie de médecine, doivent être appuyés par l'expérimentation sur les animaux. Le degré curatif de la médication sulfureuse sur la tuberculose ne pourra être donné que par des expériences faites sur des animaux préalablement rendus tuberculeux; l'action de l'agent thérapeutique sur les microbes ne peut être faite rigoureusement que dans des tubes de culture. Nous avons commencé plusieurs séries de ces expériences que nous nous réservons de communiquer ultérieurement à l'Académie.

« Dès à présent on peut dire que les injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfureux constituent une méthode thérapeutique excellente dans la phthisie et dans l'asthme. On doit l'accueillir avec d'autant plus de faveur que la thérapeutique est plus désarmée en face de la phthisie. Dans cette maladie, en effet, les seuls agents utiles que nous ayons jusqu'ici en notre pouvoir sont les aliments ou les remèdes qui favorisent la nutrition. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

DALY Dr W. H.—*Laryngology and its cognate branches in America:—The simplest and most efficient treatment of Diphtheria.*—1 brochure de pp. 8. Pittsburg, 1886.

CHARAZAC.—Contribution à l'étude des gommes du larynx, par le Dr Charazac, membre de la Société française d'otologie et de laryngologie.

LA MÈRE ET L'ENFANT.—Journal mensuel illustré de la première enfance. Rédacteur en chef: Docteur Th. CARADEC.

Sommaire du n° 12.—Décembre 1886 :

Gausserie du Docteur: Les enfants pendant l'hiver, par le docteur Th. CARADEC.—*Hygiène infantile: par quels signes s'exprime la crise de dentition et quel est son traitement*, par le docteur GALL.—*L'éducation et l'hygiène des cinq sens chez l'enfant*, par le docteur LEFEBVRE.—*Aphorismes sur le cri des enfants*, par le docteur MONTAGARD.—*Comment on prépare un bain d'enfant*, par le docteur LEDIEN.—*Les premières années de Bébé: bêtes et enfants*, par le docteur CARADEC.

Abonnement: Départements et Union postale, un an: 6 fr.—Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie.—Librairie Ch. Delagrave, 15 rue Soufflot, Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le Dr E. Grignon a cessé d'être l'associé de M. le Dr A. G. A. Ricard.

M. le Dr L. V. Benoit, a laissé Marieville pour aller se fixer à St. Hyacinthe.

M. le Dr W. Prévost, ci-devant de Ste Scholastique, Qué., est maintenant établi à White-Wood, Assin, territoire du Nord-Ouest.

Nécrologie.—A Utica, (New-York), le Dr J. P. GRAY, aliéniste distingué, surintendant de l'Asile d'aliénés de l'Etat de New-York.

Le Collège de Montréal, sous la direction des MM. de St. Sulpice, vient de s'affilier à l'Université Laval.

Les médecins désirant communiquer avec M. de Lamirande, agent du Collège des Médecins et Chirurgiens, P. Q., pourront le faire en s'adressant au No. 61, rue St. Gabriel, Montréal.

Heures de bureau: de 11 à 12 a.m., et de 3 à 4 p.m.

On offre en vente deux collections complètes de L'UNION MÉDICALE DU CANADA, de 1872 à 1886 inclusivement. Cesséries sont devenues rarissimes. Aucun volume n'est vendu séparément. Adressez: *Collection*, Boîte 2040, Bureau de poste, Montréal.

L'Université Laval va organiser incessamment sa Faculté des Arts à Montréal. Par suite d'arrangements pris avec l'École polytechnique et le Séminaire St. Sulpice, celui-ci sera chargé d'organiser l'enseignement de la nouvelle Faculté, et devra en confier la partie scientifique à l'École polytechnique.

Faculté de médecine de Paris.—Par suite de la mise à la retraite de M. Hardy, M. le professeur Peter a échangé sa chaire de pathologie interne contre celle de clinique médicale. La chaire de pathologie interne ayant été déclarée vacante, ainsi que celles d'anatomie et de physique médicale, (ci-devant occupées par les professeurs Sappey et Gavarret qui ont atteint la limite d'âge). M. Dieulafoy, agrégé, a été nommé professeur de pathologie interne, M. Farabeuf, professeur d'anatomie et M. Gariel, professeur de physique médicale.

Société Médicale de Montréal.—Depuis la reprise des séances de la Société médicale au commencement de novembre dernier,

plusieurs communications aussi importantes que remplies d'intérêt ont été faites, entre autres : une note de M. le Dr Ricard sur *une petite épidémie de méningite cérébro-spinale*; un travail de M. le Dr A. Barolet sur *l'antipyrine* et le rapport d'un cas de *scarlatine anormale*, par M. le Dr H. Jeannotte. M. le Dr A. Lamarche a aussi présenté un travail sur *les anomalies de la circulation sur le trajet opératoire de la trachéotomie*.

Le professeur Kolomnin, de l'Académie de chirurgie de St. Petersbourg, s'est suicidé dernièrement dans les circonstances suivantes. Ayant à traiter un cas d'ulcère tuberculeux du rectum, il décida d'avoir recours au grattage et à la cautérisation. Afin d'obtenir l'insensibilité de la partie, il employa la cocaïne en injections rectales. Vingt-quatre grains de cocaïne furent ainsi injectés dans le rectum en trois ou quatre doses, sans toutefois produire une anesthésie complète. Une heure après l'opération, la malade avait succombé, présentant tous les symptômes de l'empoisonnement par la cocaïne. Désespéré, l'éminent professeur crut trouver dans le suicide l'oubli d'un malheur dont il ne devait peut-être pas être tenu tout à fait responsable.

Retraite de M. le professeur Pajot.—Le 19 décembre dernier, à l'amphithéâtre de la Clinique d'accouchements, M. le professeur Pajot disait adieu à ses auditeurs, ses élèves et ses amis. Désirant rester dans les limites de la loi qui impose la retraite aux professeurs âgés de 70 ans, il avait lui-même, le 1er décembre dernier, demandé sa mise à la retraite pour le 18 décembre, après 45 ans d'enseignement, dont 33 à la Faculté. C'était donc fête samedi dernier à la Clinique. On tenait à acclamer le professeur sur le point de clore ces leçons qui ont eu tant de retentissement. Les élèves du maître, des professeurs de la Faculté, des médecins des hôpitaux y assistaient et ont profité de cet instant pour offrir à M. Pajot son buste en bronze et un médaillon représentant ses traits avec cette légende : "Professeur Pajot. Enseignement 1842-1887." Plusieurs personnes ont répondu aux paroles d'adieu prononcées par le maître : M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, son premier chef de clinique, a parlé au nom de ses élèves, et M. le Dr Peyron, directeur général de l'administration de l'Assistance publique, a voulu remercier au nom des pauvres celui qui a tant fait pour eux.

Tous nos lecteurs connaissent de réputation au moins le nom du professeur Pajot, le succès et l'attrait de ses brillantes leçons, la façon si remarquable dont il exposait ses idées et essayait de les graver dans l'esprit de ses auditeurs. M. Doléris a dit : "A vous le maître par excellence, le professeur incomparable, issu de l'enseignement libre, porté jadis par la voix puissante de l'opinion

à la chaire que vous avez illustrée si longtemps, je viens porter le juste tribut d'hommage, d'admiration et de sympathie de la jeunesse studieuse de notre Faculté."—*Progrès médical*.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Durant le terme finissant à Pâques, les cours de la Faculté se donnent dans l'ordre suivant:

Pathologie générale : Dr E. P. LACHAPELLE.—8h. a. m. tous les jours.

Chimie : Dr N. FAFARD.—9h. a. m. tous les jours.

Pathologie externe : Dr A. T. BROUSSEAU.—9h. a. m. tous les jours.

Anatomie : Dr A. LAMARCHE.—10h. a. m. tous les jours.

Anatomie pratique : Dr J. E. BERTHELOT.—2h. p. m. tous les jours, jusqu'au 15 mars.

Médecine opératoire pratique : Dr A. BRODEUR.—2h. p. m. tous les jours, depuis le 15 mars.

Pathologie interne : Dr J. P. ROTTOT.—3h. p. m. tous les jours.

Thérapeutique générale et matière médicale : Dr H. E. DESROSIERS.—4h. p. m. tous les jours.

Tocologie : Dr A. DAGENAI. —5h. p. m. tous les jours.

Histologie : Dr A. JOYAL.—7.30h p. m. tous les jours.

CLINIQUES.

Clinique interne (hôpital Notre-Dame) : Dr A. LARAMÉE.—11 h. a. m. lundi, mercredi, vendredi.

Clinique externe (hôpital Notre-Dame) : Dr A. T. BROUSSEAU.—11h. a. m. mardi, jeudi, samedi.

Clinique ophthalmologique et otologique (hôpital Notre-Dame) : Dr A. A. FOUCHER.—10h. a. m., mardi, jeudi, samedi.

Clinique obstétricale (Maternité) : Dr A. DAGENAI. —Avis spécial.

NAISSANCE.

LABADIE —A Montréal, le 13 décembre 1886, la dame du Dr H. A. Labadie, une fille.

DECES.

LAUZON.—A Montréal, le 9 décembre 1886. Toussaint Norbert Wilfred, enfant du Dr. P. O. Lauzon.

LACAILLE.—A Montréal le 17 décembre 1886, à l'âge de 29 ans, Ernest Lacaille, Ecr., M. D. La^ral, Montréal. (classe de 1880)

GIARD —A Montréal, le 4 janvier 1887, à l'âge de 77 ans, Louis Giard Ecr. M. D., ancien secrétaire du Bureau de l'Éducation.