

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

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

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

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated / Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed / Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies / Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials / Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may appear within the text. Whenever possible, these have been omitted from scanning / Il se peut que certaines pages blanches ajoutées lors d'une restauration apparaissent dans le texte, mais, lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas été numérisées.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoiries.

DIRECTEURS: MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,

Professeur d'Ophthalmologie.

Secrétaire de la Rédaction: le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. VI.

MONTREAL, FEV. 1892

No 2.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des Corps Mobiles Articulaires.

Par le Dr. G. B. Faribault (ancien médecin interne de l'Hôtel Dieu de Montréal)
Paris.

HISTORIQUE.

Les corps étrangers articulaires ont reçu différents noms; Ambroise Paré les appelait: pierres articulaires; S. Cooper, cartilages mobiles des articulations; Panas leur donne le nom d'arthrophytes.

Jusqu'en 1736, époque à laquelle Simpson d'Edimbourg nous parle d'une nouvelle méthode employée par lui pour extraire un corps intra-articulaire de nature cartilagineuse, les observations n'abondent pas. Ambroise Paré le premier mentionne "une pierre de la grosseur d'une amande fort blanche, dure et polie" qu'il découvrit dans le genou de Jean Bourlier, maître tailleur d'habits, auprès duquel il avait été appelé; ceci se passait en l'an 1558. Sept ans après "une pierre articulaire" est également trouvée par un médecin allemand Wagner, mais cette fois dans la jointure d'un bœuf. En 1691, Pechlin plus prolixe, décrit sa méthode pour extraire un corps étranger dont il avait reconnu la présence. Trente cinq ans plus tard, Momo ouvre l'articulation du genou d'une femme qui avait été pendue; il y découvrit un corps cartilagineux et en donne la description. Enfin en 1736, Simpson nous parle d'une opération faite par lui pour extraire un corps intra-articulaire de nature cartilagineuse, du volume d'un haricot.

A partir de cette époque, les observations, les travaux se multiplient

à raison d'ailleurs puisque en étudiant ces productions on a abordé et élucidé, en partie du moins, cette question si importante de l'arthrotomie, opération si redoutée des anciens chirurgiens. Citons encore parmi les auteurs français qui se sont le plus occupés de cette question : M. M. Vulpian, Malgaigne, Broca, Verneuil, Panas etc.

ÉTIOLOGIE—PATHOGÉNIE.

Quelles sont les causes qui peuvent déterminer la production des corps mobiles dans les articulations ? On peut les diviser en générales et locales.

1^o *Causes générales.*—Nous placerons en premières lignes certaines diathèses telles que la syphilis dont l'action n'est plus contestable.

La scrofule, la goutte.

Le rhumatisme qui crée une prédisposition plus grande encore.

Nous n'ajouterons qu'une minime importance aux autres causes générales telles que l'âge, le sexe, le milieu qui sont absolument sous la dépendance de la constitution.

2^o *Causes locales.*—Les causes locales sont les traumatismes divers : coups, chutes, chocs qui peuvent déterminer des éclats soit du cartilage, soit de l'extrémité osseuse.

Si nous examinons maintenant la pathogénie des corps dits pathologiques, les théories sont nombreuses. Velpeau dans son Dictionnaire de Médecine recherche la formation des arthrophytes dans l'organisation d'un caillot ; pour une cause ou pour une autre, du sang s'est épanché dans une articulation, la matière colorante a disparu et le caillot fibrineux retenu dans la synovie s'est organisé et a subi diverses transformations pour passer à l'état osseux ou cartilagineux. Maintenant le sang extravasé ne s'organise plus.

Pour Laennec, les arthrophytes seraient d'abord extra articulaires ; ils se formeraient dans les tissus qui entourent les articulations, puis à mesure de leur accroissement, ils refouleraient devant eux la synoviale en s'en couvrant comme d'un doigt de gant. Peu à peu la synoviale cède, se pédiculise, se rompt et le corps est libre dans l'articulation. Un grand nombre d'autres théories ont couru, mais nous les passerons sous silence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les corps étrangers dans les articulations se trouvent dans toutes les articulations mais nulle part aussi souvent que dans celle du genou. L'arthrophyte en général est unique ; il n'est pas rare cependant d'en trouver deux, dix, vingt même ; Malgaigne en trouva jusqu'à soixante dans la jointure du coude.

Leur forme et leur volume ne sont pas moins variables que leur nombre ; on a trouvé tous les intermédiaires entre la grosseur d'un grain de blé et celle d'une amande. Quelques-uns cependant sont plus volumineux ; tel est celui rapporté par S. Cowper. Il était situé dans l'articulation du genou, de la grosseur de la rotule et cependant ne causait ni gêne, ni douleur. Velpéau en a extrait un de la grosseur d'un marron.

Rarement ils sont ronds. Les uns présentent la forme suivante : convexes et lisses d'un côté, plans et rugueux de l'autre, ce sont surtout les corps traumatiques. Quelquefois, ils sont ovoïdes, certains ont la forme d'une fève, d'autres d'un chou-fleur. Quand ils ne sont pas libres dans la cavité de l'articulation, ils possèdent tantôt un, tantôt, mais plus rarement, deux pédicules ; ceux-ci sont plus ou moins gros suivant l'âge de l'arthrophyte. Presque tous présentent une dépression, un hile point d'implantation du pédicule. Leur consistance, tantôt molle, tantôt dure, varie suivant les éléments dont ils sont formés. Parfois, on trouve au centre une cavité remplie de substance molle ou liquide.

Les corps traumatiques sont pour la plupart cartilagineux, sauf une petite lame osseuse emportée avec le cartilage au moment du choc.

Sur une coupe, tantôt on verra le corps mobile formé d'une partie cartilagineuse et d'une partie osseuse accolées l'une à l'autre, tantôt la partie osseuse sera au centre et le cartilage à l'extérieur. Un autre présentera une disposition contraire, cartilage au centre recouvert d'une matière osseuse.

Le lieu d'implantation du pédicule peut se faire sur tous les points de l'article. Quelquefois dans les corps traumatiques, ce pédicule est formé de quelques tractus fibreux qui le retiennent encore à l'épiphyse, lorsque le choc n'a pas été assez fort pour déterminer une séparation complète.

SYMPTOMES.

Les arthrophytes peuvent apparaître brusquement ou insidieusement. A l'occasion d'un choc, d'une chute, d'un pur mouvement, le malade ressent une violente douleur. Dans ce cas, ou bien le corps étranger apparaît aussitôt, ou bien tout rentre dans l'ordre, pour se reproduire au bout d'un certain temps dans des circonstances analogues. Quelquefois au contraire, le début est moins brusque, pas de secousses violentes, mais seulement un peu de fatigue, l'articulation paraît plus rouge, gonflée, il se produit un petit épanchement. L'on prescrit du repos et tout disparaît. A la suite d'une nouvelle fatigue, mêmes symptômes jusqu'au moment où le corps manifeste sa présence au malade qui le découvre le plus souvent lui-même.

Tel est le mode de début de la maladie. Mais bientôt celle-ci se caractérise par les symptômes suivants :

Le malade fait un mouvement, souvent un peu brusque, tout à coup ce mouvement est arrêté par une douleur en général violente ; elle est si forte quelquefois qu'elle peut déterminer une syncope ou la chute de l'individu. Au bout d'un certain temps la douleur disparaît et avec elle l'immobilité momentanée de l'articulation.

Un autre signe assez fréquent est l'épanchement articulaire qui se produit en général au moment de la douleur, quelquefois aussi quand le début est lent. L'hydarthrose se manifeste surtout à l'occasion d'une fatigue et diminue pendant le repos.

Enfin ce qu'il y a de plus important, le corps étranger manifeste lui-même sa présence. Qu'il soit retenu par un pédicule assez long ou qu'il soit entièrement libre dans la cavité de l'article, il jouit d'une grande mobilité, le moindre mouvement provoqué par le malade ou par le médecin suffit pour le faire changer de place. Le plus souvent le malade exécute instinctivement les mouvements qui doivent le faire saillir à la périphérie de l'articulation.

On a aussi noté les craquements que l'on entend à l'occasion des mouvements spontanés ou provoqués, mais il ne sont pas produits par le corps étranger, ils sont sous la dépendance de l'arthrite sèche qui accompagne généralement les arthropathies pathologiques. Aussi entend-on rarement ces craquements, dans le cas de corps traumatiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'est pas toujours chose simple et facile. La douleur n'est souvent qu'un signe de présomption puisqu'elle se produit exactement avec les mêmes caractères que dans certaines autres affections telles que la coxalgie qui débute par des douleurs fulgurantes, et dans le dérangement intérieur du genou.

L'hydarthrose peut faire soupçonner un corps étranger surtout lorsqu'elle est à répétition et qu'elle a suivi une douleur assez vive, mais il faudra attendre la diminution du liquide afin d'explorer avec plus de certitude le pourtour de l'articulation.

Tous ces signes peuvent faire songer à un corps mobile, mais ils sont trop incertains pour permettre d'établir un diagnostic sûr. Pour pouvoir affirmer ce diagnostic il faudra s'être assuré de la présence de l'arthropathie. On devra donc palper attentivement tout le pourtour de l'articulation surtout dans les parties qui se laissent le mieux déprimer ; au genou, ce sera principalement la partie interne puis la partie externe. On imprimera au membre certains mouvements qui pourraient déloger le corps mobile des coins où il se trouve caché. Si un premier examen ne

suffit pas, on y reviendra une deuxième fois, souvent même une troisième.

PRONOSTIC

Les corps étrangers articulaires constituent une affection non seulement gênante mais encore assez grave. Les douleurs sont souvent violentes et forcent le malade à rester au lit pendant un temps plus ou moins long. Aux douleurs, vient se joindre presque toujours l'hydarthrose qui réclame un traitement et empêche aussi la marche. Les arthrophytes ne guérissent jamais spontanément, ni par l'emploi des révulsifs. Il faut donc toujours lorsqu'on juge nécessaire d'en débarrasser le malade, avoir recours à une opération sanglante. Quoique le danger ait beaucoup diminué depuis l'application de l'incision franche et l'emploi des antiseptiques on a eu cependant à enregistrer quelques cas malheureux qui ont défilé toutes les ressources de l'art et le talent du chirurgien. Cette considération seule suffirait pour amoindrir le pronostic d'une affection en apparence si bénigne.

TRAITEMENT.

Commençons par éliminer du traitement tous les maturatifs et les résolutifs qui n'ont jamais donné de résultats probants ; nous faisons exception pour le traitement anti-syphilitique.

On évitera les accidents que peuvent produire les arthrophytes en suivant deux indications générales.

10 En les fixant en un point de l'articulation où leur présence ne puisse plus nuire,

20 En les faisant sortir hors de la cavité synoviale.

Plusieurs procédés ont été employés pour obéir à la première indication.

Middleton se servait de la compression ; ce moyen réussira surtout si l'épanchement est faible et ne favorise pas par surabondance la mobilité déjà si grande de ces corps. On se servira de bandelettes agglutinatives ou de bandes élastiques, Boyer employait une genouillère.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS.

L'extraction a passé par trois phases distinctes ; d'abord l'extraction à ciel ouvert, puis l'extraction sous cutanée a remplacé la première pour obvier aux accidents qu'elle avait produits ; enfin grâce aux nouvelles méthodes de pansement, grâce surtout aux pansements antiseptiques l'extraction à ciel ouvert a de nouveau obtenu la faveur des chirurgiens comme plus facile, moins longue et moins dangereuse. C'est en général la seule employée maintenant.

L'extraction à ciel ouvert des corps mobiles est aussi vieille que

ceux-ci. A. Paré ne nous parle de pierre articulaire qu'à propos de l'opération qu'il fit de l'une d'elles. " L'an 1558 fus appelé de Jean Bourlier, maître tailleur d'habits, demeurant rue Saint Honoré, pour lui ouvrir une aposthème acueuse du genouil en laquelle trouvai une pierre de la grosseur d'une amande, fort blanche dure et polie, et guarrit, et encore est à présent vivant ". (Livre XIX chap. XV p. 23, édition Malgaigne).

Malheureusement les chirurgiens furent moins habiles ou moins heureux que A. Paré et à la fin du XVII^e siècle Desault en présence des nombreux cas de mort survenus à la suite de cette opération, remplacera ce procédé par une autre, l'incision oblique. Ce procédé, s'il était meilleur que l'incision directe, était loin d'être parfait puisque Baumers cite dans sa thèse 20 morts pour 52 opérés de cette façon.

Desault avait essayé de soustraire la cavité articulaire à l'action de l'air et n'avait qu'incomplètement réussi. Goyrand d'Aix crut être plus heureux et employa le procédé qui porte son nom et qu'il avait emprunté à Jules Guérin.

Pour y parvenir, il enleva le corps en deux temps. Le corps étranger fut d'abord resoulé dans la partie supérieure du cul de sac externe de la synoviale où on le maintint. En même temps un aide fit un pli à la peau pour qu'après l'incision la plaie cutanée se trouvât éloignée de la plaie synoviale. Le chirurgien saisissant alors un ténotome l'enfonça à la base de ce pli dans la direction de l'arthrophyte et incisa tous les tissus qui l'entouraient. Le corps mobile fut amené vers le milieu de cette espèce de tunnel où on le fixa avec une bande pour l'empêcher de rétrograder vers la cavité de l'article. Puis au bout de quelques jours quand on jugea que la plaie de la synoviale était cicatrisée, on exécuta le deuxième temps de l'opération, c'est à dire l'incision directe. Le procédé de Goyrand d'Aix est magnifique mais passible d'une grande objection ; outre qu'il n'est pas plus sûr que l'incision à ciel ouvert, les statistiques sont là pour en faire foi, il est d'une application difficile.

Quand le corps étranger soit volumineux, qu'il soit fortement attaché par son pédicule, il sera souvent impossible à moins de larges ouvertures de le faire sortir de la synoviale ; dans le cas de corps nombreux et pédiculés comme il s'en rencontre dans l'arthrite déformante, la méthode ne sera plus même applicable. Aussi, frappés de ces difficultés, plusieurs chirurgiens, Bonnet, Liston ont-ils essayé d'agrandir l'ouverture par laquelle devait passer l'arthrophyte.

Mais n'a-t-on pas à craindre pendant qu'on tourne et retourne le bistouri dans la plaie, que l'on fend la synoviale sur le corps, n'a-t-on pas à craindre, dis-je, un épanchement sanguin et qui plus est, l'intro-

duction de l'air dans la cavité de la synoviale qui fait fonction de pompe aspirante au moment de son ouverture.

Malgré tout, jusqu'à ces dernières années, l'incision directe n'était employée que rarement par les chirurgiens et alors seulement que le procédé de Goyrand d'Air avait présenté de trop grandes difficultés.

M. Guyon a présenté à la Société de Chirurgie un corps étranger volumineux par la méthode de Goyrand, mais seulement après trois tentatives.

Actuellement on a enregistré assez de succès à la suite d'opérations par la méthode de l'incision à ciel ouvert pour n'avoir plus recours que rarement au procédé de Goyrand.

Tous ou presque tous les chirurgiens sont d'accord à ce sujet, seule la question du pansement consécutif n'est pas encore tranchée.

Doit-on suturer? Combien d'espèces de sutures? Faut-il drainer, où faut-il placer le drain? Autant de questions qui divisent les opérateurs et qui ne seront résolues, que lorsque de nouvelles observations seront venues compléter les travaux entrepris à ce sujet.

Le drainage surtout a des partisans pour et contre. Dans la séance de la société de chirurgie du 16 mars 1886, M. Kirmisson déclare qu'en thèse générale, la meilleure conduite à tenir serait de placer un drain entre deux plans de sutures au contact de la synoviale.

M. Lucas Championnière, partisan du drainage constate que certains insuccès survenus à la suite de l'arthrotomie ne sont dus qu'à l'absence de drain.

Nul doute que dans les cas simples, on peut facilement se passer de drain.

Dr G. B. FARIBAULT.

Paris, 8 Décembre 1891,

De l'emploi du Per Oxyde d'Hydrogene H_2O_2

Par M. le Dr. DE LAVAL, Montréal.

Ce n'est que depuis la découverte de l'ozone par Schoënbein, et les travaux subséquents de Binz sur les propriétés chimiques et thérapeutiques, de cet état allotropique de l'oxygène, que l'attention des médecins a été attirée sur les propriétés quasianalogues de son congénère—le Per oxyde d'hydrogène.

Le Per oxyde ou l'oxyde d'hydrogène H_2O_2 a été pendant très-longtemps confondu avec l'ozone.

Ce n'est que depuis les travaux du Dr. Benjamin W. Richardson que l'on a étudié et mis à profit les propriétés thérapeutiques de ce produit chimique, propriétés aujourd'hui incontestables.

On obtient, comme on le sait ordinairement, le Per Oxyde de la réaction à froid de l'acide chlorhydrique sur le bioxyde de barium.

Le H_2O_2 chimiquement pur présente ordinairement les caractères suivants : c'est un liquide, clair, transparent de la consistance du sirop de sucre ou de l'huile. Poids spécifique 1,452 réaction neutre, cependant quelques chimistes sont d'opinion qu'il donne quelque fois une réaction acide, et rougit le papier tournesol légèrement.

D'après Marchand, le H_2O_2 anhydre peut mettre en liberté 475 vols d'oxygène.

Pour conserver le H_2O_2 on doit le tenir à l'obscurité et si possible au froid, sa décomposition a lieu sous des conditions dont il est difficile de se rendre compte. Ce composé se dédouble en oxygène naissant ou comme certains observateurs le croient en ozone et en eau.

Le H_2O_2 se mélange très facilement avec l'eau distillée, cette solution est communément appelée eau oxygénée ; il est aussi très soluble dans l'éther (ether ozonique.)

Mais, la solution du H_2O_2 dans l'eau distillée n'est pas très stable, et Marchand, de New York, dit que l'on doit pour prévenir la décomposition l'aciduler avec 176000 d'acide hydrochlorique et 171000 d'acide phosphorique et le tenir au froid.

Une solution de H_2O_2 se congèle à la température de 10 à 11 f et se liquéfie à 0° Fahr. sans perdre aucune de ses propriétés.

Le H_2O_2 est aussi soluble dans la glycerine, et forme le principal composant d'une excellente préparation, nommée glycozone. Je crois que c'est Paul Gibier, directeur de l'institut Pasteur, à New-York, qui a proposé l'emploi de la glycerine comme véhicule dans l'emploi du H_2O_2 , afin de prévenir la décomposition subite de cet acide.

Cette préparation de H_2O_2 , d'après Gibier, est obtenue par la réaction de l'ozone sur la glycerine sous une pression qui n'est pas mentionnée, et contient, d'après Gibier, 15 vols. d'ozone et 1 vol. de glycerine.

Cette préparation, quoiqu'elle soit très employée, n'est pas aussi bonne que la solution aqueuse de H_2O_2 , car si l'on croit Aulde, cette solution, qui n'est au fond qu'un glycerolé, se détériore et, par là, permet la formation de certains produits secondaires qui semblent avoir les propriétés toxiques de l'acide formique.

Cette assertion de Aulde n'est pas entièrement prouvée, mais elle met les médecins en garde contre les dangers qui peuvent découler de l'emploi de cette préparation. Il faut, en justice, dire que nous n'avons aucune preuve de la toxicité du glycozone.

La solution aqueuse de H_2O_2 contient ordinairement 3 p. c. de H_2O_2 , représentant une solution titrée de 10 vols. pour 1 vol. d'eau distillée.

Le Per oxyde d'hydrogène que l'on rencontre communément dans le commerce, ne peut presque pas être employé en médecine, eu égard aux impuretés qu'il contient.

On rencontre cependant aux Etats-Unis, sur les marchés, un Per oxyde d'hydrogène très pur, et préparé particulièrement pour l'emploi en médecine (préparée par Chas Marchand, de New-York.)

Cette solution contient 15 vols. de H_2O_2 . Le Dr Geo. H. Hope préconise l'emploi de cette solution à 15 vols., comme donnant les meilleurs résultats thérapeutiques, particulièrement dans les affections de la bouche et de la gorge.

Bartholow prétend que les propriétés du H_2O_2 sont dues à la faculté que possède cet agent d'oxyder certaines substances dès qu'il est mis en contact avec celles ci, et de leur enlever leurs propriétés septiques.

Marchand dit " que si l'on met en contact le H_2O_2 avec quelques surfaces, ou tissus affectés soit la peau elle même ou les membranes muqueuses, il y a de ce contact décomposition immédiate de cet agent, et que l'ozone mis en liberté, cause une coagulation des matières albuminoïdes, et qu'ainsi le pus, et les germes ou bactéries, sont détruits.

D'après certains observateurs, l'oxygène n'a pas la même action sur les ptomaines que le H_2O_2 ; car, si l'on emploie une solution saturée à 15 vols. d'oxygène (avec l'aide d'une pression) on n'obtient pas la coagulation des substances albuminoïdes, phénomène qui arrive toujours, si ces substances sont mises en contact avec une solution du même titre de H_2O_2 .

Jusqu'à aujourd'hui, nous voyons que l'emploi de H_2O_2 a donné d'excellents résultats, particulièrement, dans le traitement des affections septiques, mais d'un autre côté, plusieurs observateurs, n'ayant pas obtenu l'effet attendu, en condamnent l'emploi, comme étant une substance inerte, et sans véritables propriétés thérapeutiques.

Depuis que l'on étudie le rôle que jouent les produits septiques dans certaines affections, on a fait faire un grand pas à la Bactériologie, mais en même temps, on a cherché, à réaliser l'idée de l'antiseptique idéal, c'est à dire de l'agent possédant les propriétés antiseptiques les plus puissantes, mais n'ayant aucune action toxique par lui-même. Nous connaissons tous, les propriétés antiseptiques du Phénol, du Sublimé corrosif et les services que ces deux agents rendent à la chirurgie et à la médecine chaque jour; mais en même temps chacun

connaît à quels dangers d'intoxication sont exposés les patients chez qui l'on est obligé de se servir de ces agents.

On peut croire maintenant que l'on a découvert dans le $H_2 O_2$ au moins un agent possédant la plus grande partie des qualités requises d'un antiseptique sans en avoir les dangers.

Richardson, qui employa le premier le Peroxyde d'hydrogène dans le traitement du diabète, était sous l'impression que cet agent exerçait une action curative sur cette affection ; mais après en avoir fait l'emploi dans plus de 200 cas, il vint à la conclusion que le $H_2 O_2$ n'avait aucune action curative sur cette affection.

Cependant, il vit que l'emploi du $H_2 O_2$ diminuait la gravité spécifique des urines, et pourtant n'avait aucune action sur l'intensité ou la durée de cette affection.

Pavy en vint aux mêmes conclusions.

Plus tard, nous voyons que Guttman employa cet agent dans le traitement de la dyspepsie chronique, et Rankin en préconisait l'emploi dans la phthisie, le cholera ; et Makey, dans la coqueluche.

Après quelques efforts faits dans le but d'introduire l'emploi de cet agent dans le traitement de plusieurs affections, son emploi semble être tombé en désuétude, car nous voyons que dernièrement encore, seul Richardson étudiait et expérimentait les propriétés du $H_2 O_2$.

C'est aux travaux de Richardson que nous devons la connaissance des propriétés du $H_2 O_2$, particulièrement comme antiseptique.

Action physiologique du $H_2 O_2$.

Nous lisons que Benjamin Ward Richardson, continuant les travaux sur l'emploi et les propriétés et l'action physiologique du $H_2 O_2$, vient aux conclusions suivantes sur cette action :

1^o " Toute structure organique, composée de cellules vivantes, " étant mise en contact avec une solution du $H_2 O_2$, absorbe l'oxygène " de ce corps."

2^o " Appliqué sur une surface, dès qu'il devient en contact avec " quelques substances organisées, $H_2 O_2$ se décompose, l'oxygène est " mis en liberté. La décomposition est d'autant plus rapide, qu'il y a " élévation de la température et de la pression.

3^o " Si l'on introduit une solution de $H_2 O_2$ dans un milieu ne con- " tenant aucune substance capable de mettre en liberté l'oxygène, le Peroxyde n'est pas décomposé.

4^o " Sous ces conditions, l'absorption a lieu par la circulation et " alors l'oxygène est mis en liberté ; mais si ce gaz existe en trop " grandes quantités, pour être assimilé par les globules du sang, il y a " accumulation dans les organes circulatoires, et la mort a lieu

“ de la même manière que dans les cas où il y a pénétration de l'air
 “ dans les veines.

“ Le même résultat s'obtient si l'on injecte le peroxyde dans le
 “ Péritoine.

5^e “ Le peroxyde employé par la méthode endermique est décompo-
 “ sé, et cause un emphysème temporaire, accompagné d'une élévation
 “ de la température.

6^e “ Si l'on injecte le peroxyde dans le poumon, on peut continuer
 “ la vie pendant quelques minutes, vu qu'il y a alors oxydation du
 sang, même si la respiration est complètement suspendue.

7^e “ Les matières purulentes et probablement les globules blancs du
 “ sang mettent en liberté l'oxygène, et les bactéries ont peut-être aussi
 “ cette faculté.

Continuant les observations d'autres médecins, nous citerons ici le
 résultat obtenu par le Dr Paul Gibier.

Ce médecin enseigne que :

1^o “ Le $H_2 O_2$ n'a aucune action délétère sur les cellules animales.

2^o “ Qu'il exerce une action destructive sur les cellules végétales,
 “ les microbes et les cellules du pus.

“ Le $H_2 O_2$ n'a aucune action toxique, car l'injection hypodermi-
 “ que de 5 c. c. dans le tissu sous-cutané d'un *Cobaye* ne présente
 “ aucun symptôme sérieux, de plus l'injection par la bouche d'une
 “ solution de $H_2 O_2$, ne donne jamais lieu à aucun symptôme d'empoi-
 “ sonnement.

Comme nous venons de le voir, les auteurs sont unanimes à consta-
 ter que l'emploi du $H_2 O_2$, n'est jamais accompagné d'accidents, à
 moins qu'il n'y ait une trop grande quantité d'oxygène genéré dans le
 courant sanguin et qu'il est impossible aux globules rouges d'assimiler ;
 dans ce cas, l'oxygène agirait de la même manière que l'air.

Ce danger peut être évité en prenant les précautions requises, et il
 ne peut pas être considéré comme un obstacle à l'emploi du $H_2 O_2$,
 si l'on considère la faculté que celui-ci a de décomposer les substances
 septiques, et cela sans exposer les patients aux graves accidents, qui,
 dans certains cas, suivent l'emploi des antiseptiques.

Action germicide du $H_2 O_2$.

Miguel, d'après les recherches faites dans le but de préciser la va-
 leur réelle de l'action germicide de certaines substances, en est venu
 aux conclusions suivantes : Que l'on peut compter comme agents émi-
 nemment antiseptiques, les substances suivantes :

Iodure de Mercure	1	dans 40.000.
Iodure d'argent	1	“ 30.000.
$H_2 O_2$	1	“ 20.000.

Comme on vient de le voir, Miguel place le $H_2 O_2$ au 3e rang, parmi les substances, qui selon lui, sont considérées comme éminemment antiseptiques, alors comme l'emploi de celui-ci n'offre pas les inconvénients et les dangers des substances, telles que les iodures de mercure et d'argent, et que ses propriétés antiseptiques sont plus éminentes que celles des autres substances réputées antiseptiques, il faut en conclure que nous avons tort de négliger l'emploi du $H_2 O_2$, en médecine comme on l'a fait jusqu'aujourd'hui.

Beau et Baldy l'ont employé dans le traitement de la cystite spécifique, aussi dans l'ozène, à l'intérieur, dans la septicémie, l'érysipèle, la tuberculose.

Geo Slemberg donne les résultats d'expériences faites sur les propriétés germicides du $H_2 O_2$ et de son action sur les bacilles.

Une solution à 3 p. c. contenant 3,98 de $H_2 O_2$ a détruit les organismes observés dans le bouillon de bœuf pétrifié, résultats nuls par l'emploi d'une solution de 2 p. mille.

La Gazette thérapeutique disait, il y a quelques années, dans un article éditorial :

“ $H_2 O_2$, est un nouvel antiseptique, mais sa valeur comme antiseptique est 60 fois plus forte que l'acide carbolique, 20, plus que l'acide salicylique et 40 fois plus que le bichlorure de mercure.

Si l'on examine l'action de $H_2 O_2$ sur les globules du pus, au microscope, l'on voit que dès qu'ils viennent en contact avec celui-ci, ils perdent de suite leur forme sphérique, et les corpuscules du pus, ne forment au bout de quelques instants qu'une masse de détritits inertes, et les bacilles, etc., se sont transformés en une masse inanimée.

Paul Gibier et autres, nous disent que si l'on ajoute au pus ou au sang putréfié une solution de $H_2 O_2$, celui-ci cause une désintégration des éléments qui entrent dans la composition de ces substances et les détruit, phénomène accompagné d'une vive effervescence.

Giffard dit que quoique la solution de 15 vol. de $H_2 O_2$ soit un puissant germicide, on ne peut pas en dire autant des solutions d'un moindre volume.

Giffard dit aussi qu'il ne croit pas que c'est à l'ozone que sont dues les propriétés de $H_2 O_2$, mais plutôt à celle du peroxyde naissant non encore décomposé qui agit alors comme le phénol, le sublime corrosif, par l'action toxique directe sur les germes.

DR M. E. DE LAVAL,
Montréal.

Des moyens de déterminer le sexe du fœtus in utero

Il devient important de déterminer le sexe du fœtus dans le sein de la mère, si l'on prend en considération que la mort des enfants et souvent aussi de la mère est causée par l'ampleur de la tête de l'enfant mâle. Le Dr Ross, de Belfast, dit dans le *British Medical journal* que depuis quelques années, sa pratique lui a donné les moyens de dire d'avance, et cela d'une manière certaine, quel pouvait être le sexe de l'enfant avant sa naissance. C'est par l'endroit où la mère prétend ressentir le plus les mouvements du fœtus que le docteur Ross établit la différence des sexes. Si on trouve que le fœtus se fait sentir plus vivement et plus distinctement du côté gauche, ce sera un garçon, et si la même chose arrive du côté droit, la mère donnera naissance à une fille. L'auteur croit que ces renseignements seront d'un grand service à l'accoucheur dans beaucoup de cas.

Nous trouvons dans le *Medical Age* de janvier 1892 une autre théorie sur le même sujet. Elle est du Dr Lussier, de Valleyfield, qui dit avoir observé pendant une longue pratique les manières d'agir de ses patientes et avoir trouvé que celles qui ont l'habitude de se coucker sur le côté gauche donneront naissance à un enfant de sexe masculin, tandis que celles qui se couchent sur le côté droit donneront le jour à une fille.

Il y a de la différence sur la première partie de ces deux théories, mais le résultat est le même, que ce qui se passe d'extraordinaire au côté gauche ne pourra que se rapporter à un garçon et le contraire pour le côté droit.

Voici une troisième théorie présentant plus de difficultés à être contrôlée que les deux premières. Nous le trouvons dans le *Medical age* de Novembre 1891 et au sujet de laquelle le Dr Lussier précité, avait écrit sa lettre au rédacteur de ce journal.

Cette théorie est d'un Dr Wilson, prétendant que la différence des sexes est causée par la fécondation avant ou après la menstruation.

Il entend par là que la fécondation ayant lieu avant les règles, toutes les probabilités sont pour un fœtus de sexe mâle ; si la fécondation n'a lieu qu'après les règles, nous aurons un fœtus de sexe féminin. Pour ce certifier, il faudrait maintenant des preuves.

Il serait intéressant et en même temps très utile pour un grand nombre de médecins, surtout parmi les jeunes, s'il leur était possible de connaître le grand nombre de faits de cette nature, observés par les vétérans de la pratique. Combien de ces choses peu connues rendraient des services importants au tout jeune médecin s'il lui était donné de connaître les observations faites pendant de longues années

par les vieux praticiens ; souventelles le sortiraient d'embarras, lorsque trop énérvé par un cas non encore rencontré, il est obligé de tout laisser au hasard, et d'autres fois pourrait le poser comme une espèce d'oracle, en prédisant d'une manière certaine, comme dans ces cas-ci le sexe de l'enfant qui va bientôt naître. Pour toutes ces choses, il ne suffirait que d'un peu de bonne volonté de la part de nos prédécesseurs et le désir de faire avancer la science dans notre pays, pour nous qui sommes obligés de recourir aux autres pays pour beaucoup de choses qu'il nous serait possible de trouver ici-même.

A. N. R.

Nouveau remède

Depuis un certain temps que les journaux de médecine, et grand nombre de cliniciens, vantent les effets tantôt palliatifs et tantôt curatifs du *Guaicol*, il fallait arriver à rendre ce médicament palatable et lui associer une base tonique et reconstituante.

C'est ce que nous retrouvons dans une préparation, qui nous a été expédiée pour expérimentation. Cette préparation sous forme d'émulsion, contient du *Guaicol*, associé aux Hypophosphites et à l'huile de foie de morue de Norwège en quantité rationnelle suffisante pour produire l'effet tonique voulu par une bonne assimilation.

J'ai employé depuis, cette préparation dans les affections tuberculeuses, et c'est avec plaisir et satisfaction, que j'en ai constaté les bons effets. Comme je l'ai dit la petite quantité qui en est la dose, fait que l'absorption est plus rapide, et l'effet *antimicrobien* du Guaicola pu, dans plusieurs cas, être apprécié d'une manière tout à fait tangible.

Il faut se désabuser sur les doses d'huile de foie de morue. Cette substance pour bien s'assimiler ne devrait jamais être donnée à dose plus élevée que deux cuillerées à thé, trois fois par jour durant le repas.

Autrement on retrouve par un examen attentif, l'huile mêlée aux selles, ce qui prouve sa non absorption et assimilation.

Cette préparation porte le nom de Morrhuca Guaicol, émulsion préparée par W. Dawson.

Ce remède employé d'une manière judicieuse est appelé à rendre de grands services dans les affections tuberculeuses, du moins c'est ce que nous ont démontré les expériences cliniques que j'en ai fait depuis trois mois.

Tout en remerciant M. Dawson pour sa générosité envers l'Hôtel-Dieu, je ne saurais trop l'engager à continuer à travailler consciencieusement dans la voie du progrès pharmaceutique, et que toujours soit loin de lui toute idée trop *mercantile*.

DR. B

COURS ET CLINIQUES

Clinique Chirurgicale du Dr Hingston

Notes par Armand Hudon, B. M., Interne de l'Hôtel-Dieu

Uréthrotomie externe.

Monsieur X....., âgé de soixante-neuf ans, demeurant aux Etats-Unis, n'avait, depuis dix-huit ans, passé d'urine par le conduit naturel quand il vint le vingt novembre dernier à l'Hôtel-Dieu pour se mettre sous les soins du Dr Hingston.

Monsieur X... avait eu il y a vingt deux ans quelques urethrites traitées par les balsamiques et les injections cathéretiques qui avaient pris un temps considerable pour guérir, mais qui cependant avaient laissé quelques traces de leur passage. A la suite de ces uréthrites, il avait eu deux strictures qui s'étaient montrées rebelles a toute intervention tant médicale que chirurgicale, ce qui le gênait horriblement dans la miction : aussi l'urèthre ne tarda-t-elle guère à se bloquer et à la suite d'une hématurie très forte le patient fut atteint d'infiltration urineuse et de rupture de l'urèthre. C'est alors que le patient vit apparaître ça et là sur le periné des ouvertures qui laissaient couler l'urine qui n'avait pu sortir par sa voie habituelle. A bien examiner le patient on ne pouvait dire qu'elle ouverture correspondait à l'urèthre.

C'est dans cet état que le Dr Hingston trouva ce patient qui avait passé par les mains de plusieurs chirurgiens des Etats-Unis qui n'avaient pu lui trouver son urèthre primitive et qui l'avaient condamné à subir son triste sort.

Notre savant clinicien commença d'abord par introduire une sonde par le meat, mais il fut arrêté à quatre ou cinq cent, de l'ouverture par une stricture d'un âge assez avancé vu que l'urine n'avait pas passé par là depuis 18 ans. Il ne restait plus alors au chirurgien qu'à trouver le moyen par lequel il pourrait parvenir à l'urèthre et de là à la vessie. Il incisa les abcès urineux et réunit toutes les différentes ouvertures en une seule, puis introduisit par cette grande ouverture une sonde d'un calibre assez volumineux (No 16 des anglais) qui après quelques manipulations rentra dans la vessie.

La découverte de l'urèthre était donc effectuée, il ne s'agissait plus que de réunir cette portion de l'urèthre qui était divisée à la region prostatique, avec celle qui était obstruée depuis le meat urinaire jusqu'à l'ouverture par laquelle la sonde était entrée dans la vessie.

Pour obtenir ce résultat le Dr Hingston fit l'uréthrotomie externe, puis mit un catheter à demeure partant du meat et allant jusqu'à la

vessie. Il ne restait plus maintenant pour compléter cette opération qu'à réunir les bords de la grande ouverture qu'avait nécessité l'opération ; ce que le Dr Hingston fit au moyen d'un grand nombre de sutures. Le soir de l'opération le patient passait de l'urine par la plaie, mais la plus grande partie passait par le catheter : le lendemain nous constatons la même chose, mais nous voyions beaucoup moins d'eau couler par la plaie. Deux jours après l'opération le malade urinait par le tube qu'on lui avait laissé et pas une goutte d'urine ne passait par la plaie.

Cet homme quoique d'un âge avancé a parfaitement guéri et laissait l'Hôtel-Dieu, le 5 décembre dernier avec la joie que doit éprouver un patient qui après avoir été privé de ses fonctions urinaires pendant dix-huit ans les retrouve dans quelques jours.

ARMAND HUDON, B. M.,
Interne de l'Hôtel-Dieu.

Hôtel-Dieu, Montréal 1^{er} février 1892.

Clinique du Dr Hingston à l'Hôtel-Dieu

—RAPPORTÉE PAR—

JULES JÉHIN PRUME, B.M.

CAS DE LITHOTOMIE

Le 11 janvier dernier, un homme pouvant avoir une cinquantaine d'années, se présenta à la clinique de M. le Docteur W. H. Hingston, se plaignant de ne pouvoir uriner qu'avec beaucoup de difficulté, quoique les envies d'accomplir cette fonction fussent tout-à-fait normales avec toutefois un peu d'hématurie. Il avait déjà subi trois opérations et ses forces, quoiqu'il fut d'un tempérament robuste, commençaient à l'abandonner.

En effet la verge, présentait trois ouvertures, une près du gland et les deux autres en descendant à une distance de deux pouces l'une de l'autre. Après avoir fait un minutieux examen de la vessie, le Dr Hingston constata la présence d'un calcul vésical et considéra l'opération comme urgente.

Lequel des deux moyens d'extraction du calcul fallait-il employer ? la lithotritie ou la lithotomie ? Ces opérations offrent également des chances de succès et de périls. La lithotritie peut provoquer des spasmes de l'urèthre et de la vessie, des retentions d'urine, de la fièvre urinaire, orchite, et de la néphrite ; ces dangers peuvent cependant être amoindris, la rétention d'urine peut disparaître au passage d'une sonde, les spasmes s'arrêter en prescrivant des bains tièdes prolongés et de petits lavements laudanisés. et la fièvre urinaire cède générale-

ment au sulfate de quinine et à l'alcool ainsi que des applications de cataplasmes sur l'abdomen. La lithotomie ne doit être employée que lorsqu'on ne peut pratiquer la lithotritie; elle présente des dangers beaucoup plus éminents; entre autres: des hémorrhagies provenant de la division de l'artère périnéale superficielle, de l'artère transverse du périnée, des hémorrhoidales, ou encore de la blessure du bulbe ou des plexus qui entourent la prostate (ces hémorrhagies se traitent par les moyens ordinaires), la déchirure de la prostate, la blessure du rectum, la phlébite et la néphrite. Mais, considérant le mauvais état des voies naturelles causé par les trois opérations antérieurement pratiquées, le clinicien se décida pour la lithotomie comme étant la méthode offrant le plus de sécurité pour le patient.

Le malade fut alors placé sous l'influence du chloroforme, les parties rasées et les cuisses maintenues par deux assistants. Le docteur Hingston introduisit le cathéter qu'il remit à son aide en faisant observer aux élèves qui suivaient sa clinique, que le succès de l'opération dépend en grande partie de la façon dont cet instrument est maintenu dans le canal uréthral; le cathéter, ajouta-t-il, doit rester au périnée et rendre la paroi inférieure de l'urèthre plus saillante.

Il procéda ensuite par la taille latérale en faisant l'incision large à l'extérieur et suffisamment grande à l'intérieur pour l'introduction des instruments. Lorsqu'il eut divisé les tissus et les parois de la vessie, il brisa la pierre avec la tenette (forceps) et la retira à l'aide de la curette. Il explora ensuite la vessie, fit laver la plaie et employer les moyens antiseptiques, puis l'ouverture fut bouchée avec de la charpie.

Quelques jours après, le patient est revenu; tous les symptômes avaient disparu. Les bords de la plaie furent mis en juxta-position et depuis lors la guérison est survenue sans accident. L'opéré est sorti de l'hôpital.

JULES JÉHIN PRUME,

Bachelier ès-Médecine.

Montréal, 6 février 1892.

Cancer du sein

Extrait d'une clinique du DR HINGSTON

Dans le cancer du sein, lorsque les glandes de l'aisselle ne sont pas affectées, devez-vous les enlever dans le but de prévenir la récurrence!

Vous ne le devez pas.

Voici une femme à qui j'ai enlevé le sein il y a quelques années,

dour eancer. Depuis ce temps je l'ai opéré trois fois pour récurrence, et chaque fois la maladie est revenue par la cicatrice.

Cette question a fait le sujet d'une longue discussion à un récent congrès tenu à Washington. Le célèbre chirurgien anglais Bryant, qui est venu visiter l'Hôtel-Dieu au mois de septembre dernier, y soutint qu'on ne devait enlever ces glandes que lorsqu'elles étaient affectées. Appelé à parler, je secondai l'opinion de Bryant, en alléguant que la maladie ne revient que très rarement par les glandes, mais la plupart du temps par la peau, les muscles ou la cicatrice.

FRED. LEFILS,
(Clinique du Dr Hingston.)

MEDECINE

Phtisie pulmonaire.

Valeur des signes fournis par le sommet des poumons, au début, par MM. les Drs. Howard, Fussell et Hake-Adams.—Aucun médecin n'ignore combien est difficile le diagnostic de la phtisie au début ; les signes qui la révèle sont tellement délicats qu'ils passent facilement inaperçus. Une erreur inverse peut être commise : il est possible que des différences normales entre l'un et l'autre poumon soient prises pour des modifications pathologiques, et le diagnostic de phtisie commençante est porté, quand la poitrine est parfaitement saine. Il s'agit donc de déterminer, d'une façon aussi rigoureuse que possible, quelles sont les différences stéthoscopiques qui existent normalement entre le sommet droit et le sommet gauche des poumons. C'est ce à quoi tend le travail de MM. Fussell et Adams, basé sur 100 observations. Il est de connaissance vulgaire qu'au sommet du poumon droit, la résonance de la voix et les vibrations thoraciques sont plus marquées qu'à gauche ; on s'était moins préoccupé, jusqu'à présent, des résultats fournis par la percussion. Les observations des auteurs précités démontrent que, dans le plus grand nombre des cas, le son est d'une tonalité plus élevée à droite qu'à gauche. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés : dans 11 cas sur 100, la percussion a été identique des deux côtés ; soixante-neuf fois, la tonalité était légèrement plus élevée à droite ; dix-neuf fois, elle l'était d'une façon très évidente ; dans une

seule observation, la tonalité était plus élevée à gauche qu'à droite. MM. Fussell et Adams ont remarqué que les mêmes proportions étaient à peu près conservées, quand ils ont recherché les différences qui existaient entre les côtés droit et gauche, au point de vue des vibrations thoraciques et de la résonance de la voix. On comprend donc, d'après ce qui précède, qu'il faudrait bien se garder de porter le diagnostic de phtisie au début, parce qu'on trouverait la tonalité plus élevée au sommet droit qu'au sommet gauche. Dans le cas de tuberculisation, on percevrait une diminution de la sonorité jointe à cette modification de la tonalité. Ce serait là, parfois, le seul signe qui permettrait d'affirmer le diagnostic et de différencier l'état pathologique de l'état de santé. A quoi attribuer cette modification de la tonalité à droite? Il semblerait, en effet, qu'elle dût plutôt se produire à gauche, où les vibrations vocales et la résonance sont moindres. MM. Fussell et Adams pensent qu'il faut attribuer ce phénomène à la présence du foie, à la base du poumon droit, tandis que l'estomac rempli, vis-à-vis du poumon gauche, le rôle d'une caisse de résonance.

—*La Clinique.*

Davantage de sommeil.

Sous ce titre, le docteur Cold fait un plaidoyer pour qu'on accorde à l'adolescent un sommeil plus long. Le nouveau-né a son besoin de sommeil complètement satisfait; il dort, s'il se porte bien, presque pendant toute la première semaine et ne se réveille que pour têter. Dans les premières années, on est très disposé à laisser les enfants dormir tant qu'ils veulent, le temps consacré au sommeil étant un temps de tranquillité pour les parents. Mais à partir de 6 à 7 ans, âge de la fréquentation de l'école, les choses changent complètement. A l'âge de 10 à 12 ans, l'enfant ne dort que 8 à 9 heures, alors qu'il lui en faudrait au moins 10 à 11; et plus l'enfant avance en âge, plus on lui raccourcit le temps consacré au repos.

L'auteur croit que l'adolescent jusqu'à 20 ans a besoin de 9 heures de sommeil et que l'adulte réclame encore 8 à 9 heures. Si la durée du sommeil est insuffisante, le système nerveux, le cerveau surtout, ne se reposent pas suffisamment et ne fonctionnent plus normalement. L'épuisement, l'excitabilité, les troubles intellectuels remplacent peu à peu le goût du travail, le bien-être général, l'esprit d'initiative.

La Clinique.

Un cas d'actinomycose

MESSIEURS,

La malade que je sou mets aujourd'hui à votre examen est intéressante à examiner. Elle est atteinte d'une affection actinomycosique de la joue gauche. C'est la première fois que j'ai l'occasion d'observer un cas semblable et je tiens à attirer votre attention sur lui.

Voici l'histoire de cette personne :

Elle est entrée dans mon service le 30 avril dernier. Ménagère, âgée de 37 ans, elle n'a pas d'antécédents héréditaires. Elle habite un petit village flamand où elle vit misérablement. Sa nourriture se compose presque exclusivement de pain de seigle et de pommes de terre au lard ; de temps en temps un morceau de porc vient varier ce triste menu. L'affection a débuté il y a 4 mois par une petite excoriation à la région malar, accompagnée d'un gonflement très prononcé et donnant lieu à de fortes douleurs. Cette tumeur n'a pas tardé à augmenter, l'induration s'est étendue, des nodosités s'y sont produites et enfin des ulcérations sont survenues en trois endroits différents. Lorsqu'elle est entrée il y a quatre semaines dans mes salles, voici ce que nous avons constaté :

La constitution est excellente ; toutes les fonctions sont normales ; il n'y a rien de particulier dans les organes importants. La joue gauche est le siège d'une tumeur aplatie, étalée ; la peau en est livide, violacée et perforée en quatre endroits différents ; de ces fistules s'écoule un pus mal lié, séreux, on dirait des ouvertures fistuleuses d'une tumeur tuberculeuse ou sarcomateuse. La tumeur est inégale comme consistance ; molle, semifluctante en certaines parties, elle est plus dure à la périphérie ; elle n'adhère pas aux parties profondes et paraît n'occuper que le tissu cellulaire sous cutané. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. A l'examen de la bouche je constate l'absence de trois dents molaires sur le côté gauche du maxillaire supérieur ; ce sont les deux petites et la première grosse molaire qui manquent. Au niveau de la place de la première petite molaire, existe une tout petite tumeur, un véritable bourgeon molle qui laisse pénétrer un stylet dans la cavité alvéolaire où l'on constate la présence d'un morceau de racine. A part cela la bouche est saine. Il n'existe aucun gonflement, aucun trajet fistuleux qui puisse faire soupçonner une certaine relation entre la tumeur et la cavité buccale. Il est à remarquer du reste que la tumeur a débuté avant qu'on ait extirpé les dents.

Mon diagnostic resta incertain. Les uns croyaient à l'existence d'une lésion tuberculeuse ; d'autres pensaient à une affection sarcomateuse.

Le 20 juin dernier, je chargeai un de mes assistants, le docteur Paradis, d'opérer le curettage de cette tumeur, curettage aussi bien explorateur que modificateur. C'est au cours de cette opération que nous remarquâmes, dans les débris enlevés, la présence de grains jaunes arrondis, brillants, en assez grande quantité. L'examen microscopique, pratiqué immédiatement par le docteur Depage, fit reconnaître l'élément caractéristique de l'affection actinomycosique. Cet examen répété plus tard au laboratoire du professeur Stienon, ne laissa aucun doute sur la nature de l'affection.

Nous sommes donc bien en présence d'un cas d'actinomycose,

Qu'est-ce que l'actinomycose ? me demanderez-vous tout d'abord.

L'actinomycose est une maladie générale infectieuse parasitaire causée par l'introduction dans l'organisme d'un parasite végétal, l'actinomyces, rangé dans la classe des schizopnites, genre cladotrix.

Les vétérinaires l'ont observé depuis longtemps chez le bœuf ; ils l'ont décrit sous différents noms, principalement sous la dénomination de sarcome du bœuf.

L'agent spécifique, l'actinomyces, a été déjà entrevu par Lebert en 1857 ; de même Robin en fait mention en 1871. " J'ai trouvé, dit-il, deux ou trois fois, dans le pus d'abcès profonds et anciens, des grains mous, jaunâtres, atteignant un diamètre de $\frac{1}{10}$ de millimètre, entourés d'atmosphère ou couche mince, visqueuse, finement grenue....." C'est Dollinger qui, en 1871, en donna le premier une description détaillée et lui donna le nom d'actinomycose (rayon de champignon). En 1878, Israël signala pour la première fois cette affection chez l'homme. A partir de cette époque, comme le prouvent les travaux de Firket de Liège, Jeandin de Genève, Karl Partsch et d'autres encore, le nombre de cas d'actinomycose humaine observés devient considérable et aujourd'hui, c'est par centaines que l'on en trouve des observations dans les différents recueils scientifiques.

L'actinomyces est donc un parasite végétal ; ce n'est pas à proprement parler un microorganisme puis qu'on peut le distinguer à l'œil nu. Ce champignon se rencontre dans le pus et les bourgeons des parois des abcès qu'il a formés. Il se présente sous forme de petites masses granuleuses, de la dimension d'un grain de sable à une graine de pavot, en général d'un jaune pâle mais quelques fois blanches, brunâtres, vertes ou tachetées. Ces masses sont de véritables colonies actinomycosiques.

Au microscope, après l'avoir débarrassé des globules de pus et des cellules graisseuses qui peuvent l'entourer au moyen d'une solution faible de potasse qui dissout ces divers éléments, on y voit, à un grossissement convenable, des filaments ressemblant à ceux de mycélium

ordinaire et se terminant par des extrémités renflées. Ces filaments rayonnent autour d'un centre où ils s'enchevêtrent, ce qui leur donne la forme d'une roue.

Chez l'homme, c'est la cavité buccopharyngienne qui est très souvent le siège de cette affection parasitaire, puis vient l'appareil digestif et ensuite l'appareil pulmonaire. On a également, mais cependant plus rarement, observé des cas d'actinomycose primitive de la peau, du cerveau, du tibia, etc. La plupart du temps, l'affection reste localisée à une région bien déterminée mais cependant on en a observé la généralisation. La dissémination en est quelquefois si grande qu'on a pu croire à une syphilis. Partant de là, je crois devoir admettre que l'actinomycose est une affection générale déterminée par le parasite qui circule dans le sang et qui vient ordinairement se fixer sur un point quelconque de l'organisme et y occasionner les ravages dont je viens vous parler.

Cette généralisation a été du reste assez souvent observée. Je ne vous en citerai qu'un seul cas observé par M. Lejeune, médecin militaire attaché à l'Institut balnéaire de l'armée à Ostende. Il a été publié en 1889 dans les *Archives médicales belges*.

Avant d'entrer au service militaire, ce soldat était ouvrier de ferme et se nourrissait de pain de seigle, de pommes de terre et d'un peu de viande de porc. En 1887, sa joue gauche se mit à gonfler. Cette tuméfaction prit rapidement de grandes proportions et devint fluctuante en certains points qui furent incisés. Bientôt le gonflement s'étendit et envahit tout le côté gauche du cou. La peau rougit et s'ouvrit en plusieurs places ; par ces ouvertures, il s'écoula du pus et des champignons de bourgeons flasques apparurent. Ces bourgeons qui saignaient facilement et abondamment au moindre attouchement renfermaient les grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose. Quelques temps après, le malade fut pris de toux incessante et d'autres symptômes trop long à vous énumérer, qui indiquaient que le parasite avait envahi le poumon gauche ; le poumon droit ne tarda pas à être pris à son tour. Après une légère amélioration apparente, il survint un volumineux abcès à la partie moyenne du dos entre les omoplates. Cet abcès laissa écouler une grande quantité de pus dans lequel se trouvaient de nombreux grains jaunes caractéristiques. Une nouvelle mais passagère amélioration se produisit ; bientôt, malheureusement, la maladie reprit force et vigueur ; des accès douloureux siègeant à la tête et la poitrine vinrent tourmenter le malheureux ; des convulsions se produisirent dans les membres droits bientôt suivis de paralysie complète du bras et incomplète de la jambe. La parole fut abolie

mais l'intelligence resta intacte. Bref, le patient succomba après 18 mois de souffrance.

A l'autopsie, on trouva dans les poumons et dans la masse blanche centrale de l'hémisphère gauche, de vastes abcès renfermant du pus caractérisé par la présence de l'actinomycose. " Il a été impossible," dit M. Lejeune, de suivre la marche envahissante du processus néoplasique, débutant à la mâchoire, s'étendant au coup, à l'épaule, au dos, enfin à la poitrine. Quant à la suppuration encéphalique il faut admettre que le parasite est parvenu au cerveau par la voie des vaisseaux qui pénètrent dans le crâne par les tissus de la base."

Comme vous le voyez, Messieurs, la dissémination du parasite est donc parfaitement démontrée. Et cependant, à part l'origine parasitaire et l'introduction du parasite dans l'organisme, tout est encore bien obscur dans l'étiologie de cette affection.

En se basant sur l'identité morphologique, pathologique et clinique existant entre l'actinomycose humaine et celle des animaux, on doit pourtant admettre une étiologie commune et penser que les hommes et les animaux prennent l'affection de la même façon. C'est ce que des observations tendent à démontrer.

La première idée qui vient à l'esprit est que l'homme s'infecte par contact direct avec le bétail ou par l'usage de viandes provenant de bêtes malades. Hartman rapporte le cas d'un jeune homme de 19 ans, qui avait pour mission de faire sortir journallement le pus d'un abcès dont était atteint un bœuf et qui s'inocula l'actinomycose au nez en y portant les doigts. D'autres fois, la contagion se fait directement d'hommes à d'homme comme le prouve une observation due à von Baracz de Lembeg. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, atteint d'actinomycose du maxillaire inférieur. Peu de temps après le développement de cette affection, la fiancée du malade gagne à son tour une tumeur actinomycosique au maxillaire inférieur correspondant à des dents cariées. Ici, l'actinomycose avait été transmise par les baisers du fiancé.

Souvent le mode d'infection est impossible à préciser, et, par exemple je serais bien embarrassé si je pouvais trouver la porte d'entrée de l'actinomycose chez ma malade. Nous avons ici affaire à une actinomycose de la peau. Les renseignements sont précis, ne laissent aucun doute à cet égard. Il est vrai que la patiente se nourrit de seigle et qu'on attribue une certaine importance à l'alimentation dans l'étiologie de cette affection ; il est tout aussi exact qu'elle avait une carie dentaire depuis longtemps ; mais elle ne cesse d'affirmer qu'elle n'a jamais rien ressenti du côté de la cavité buccale et que, lorsqu'elle a fait extraire

ses dents, la tuméfaction de la joue existait depuis un mois. Faut-il admettre ici que le champignon provenant du pain ou de la viande de porc, s'est introduit sans fracas dans la bouche, qu'il a pu de là, sans occasionner de désordres, arriver à la joue à travers les tissus? Je ne voudrais pas affirmer mais cela est possible puisque l'actinomyces peut arriver de cette façon au cerveau comme le prouve l'observation de ce soldat que je viens de vous résumer.

La propagation par l'alimentation et par les végétaux est, du reste, admise par beaucoup d'observateurs, Israël pense que les hommes et les animaux prennent la maladie de la même façon par les végétaux et par l'eau, bien que l'on n'ait jamais rencontré le parasite, cause de tout le mal, en dehors de l'organisme humain ou du corps des animaux herbivores ou omnivores. Johné, cependant, dit avoir souvent trouvé sur les lèvres ou sur les amygdales des porcs des glumes de graminées, d'orge en particulier, sur lesquelles se trouvaient des champignons, ayant une grande ressemblance avec le parasite rayonné, et Jensen prétend avoir observé à Seeland une épidémie due à l'alimentation avec du seigle poussé dans un terrain abondamment par la mer.

Quelques faits que j'ai trouvés au cours de mes recherches sur cet intéressant sujet, donnent à ces assertions une certaine certitude et ont la valeur de véritables expériences.

Bertha a vu un homme qui, ayant avalé un épi de blé, se trouvait, six semaines après, atteint d'un grave actinomycose du cou; un autre fauchait de l'avoine et gagna l'affection à la main; un troisième battait du blé. Soltmann a observé un enfant de 6 ans, qui mourut d'actinomycose, après avoir avalé un épi d'orge. Enfin, Hoehenegg, assistant du professeur Albert de Vienne, nous montre un homme mâchant habituellement des grains d'orge et contractant de ce fait une actinomycose de la langue.

La fréquence très grande de l'actinomycose dans la bouche nous porte, du reste, à admettre que le parasite est véhiculé par les aliments.

Voyons maintenant quel est l'effet du parasite sur les tissus et quels sont les phénomènes qu'il développe :

J'ai recours au traité de Cornil et Babès (*Les Bactéries*, 3e édition, p. 337) pour vous présenter cette description.

Une fois fixé au sein d'un tissu quelconque, le parasite provoque une prolifération et une hypertrophie cellulaire, aboutissant à la formation d'un nodule dont la structure rappelle le sarcome, Tout autour de ce noyau, le tissu conjonctif prolifère et amène la formation d'une barrière conjonctive qui tend probablement à limiter le mal.

Les cellules les plus internes, alors en contact avec le champignon,

subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, se détruisent et, à leur place, il se forme une collection liquide; la prolifération continue au tour de la collection, les vaisseaux laissent sortir par diapédèse des globules blancs et, à un moment donné, il se forme un abcès miliaire au centre duquel on trouve l'actinomycète sous forme d'un grain jaune. Plusieurs actinomycètes, situés les uns à côté des autres, occasionneront la formation des gros abcès. Ce processus est lent et la maladie est chronique.

Comme vous le voyez, la maladie se résume en ceci, production d'abcès entourés de tissu néoplasique. Ces tumeurs en ont souvent imposé et la plupart du temps elles ont été prises pour des sarcomes. Elles ont ceci de particulier; c'est qu'elles sont étalées en nappe, comme aplaties. La tumeur de ma malade était typique sous ce rapport; on aurait dit un petit gâteau bosselé, assez mobile qui existait dans le tissu cellulaire sous cutané de la joue. Elle présentait en certains points de la fausse fluctuation provenant du déplacement du tissu fongueux.

Selon le siège de la maladie, de Firket, de Liège en a décrit trois formes: la forme cervicale, la forme thoracique et la forme lombo-abdominale (*Revue des Médecine*, 1888). Cornil et Babès en admettent six variétés: 1^o la forme maxillaire et cervicale; 2^o la forme néoplasique limitée; 3^o la variété thoracique; 4^o la variété lombo-abdominale; 5^o la forme pyhémique et 6^o la forme péritonéale. Si nous adoptons cette dernière division, c'est évidemment à une actinomycose à forme néoplasique limitée que nous avons affaire chez notre malade, et heureusement c'est, je pense, la variété la plus bénigne, accessible à nos moyens et en conséquence parfaitement curable.

Il est évident, Messieurs, que, lorsque l'affection est interne, qu'elle se développe à l'intérieur de l'organisme, il est excessivement difficile de la découvrir dès le début; le diagnostic alors en est presque impossible, et ce n'est que par la suite lorsque le parasite est évacué au dehors, dans le pus, l'expectoration, les selles, etc. que l'on peut reconnaître la maladie.

Lorsque l'affection est extérieure, le diagnostic devient plus facile. Il se produit en un point une tuméfaction étalée donnant lieu à des douleurs assez vives. La peau recouvrant la tumeur, ne tarde pas à rougir, elle devient livide, violacée et se perfore en plusieurs endroits laissant échapper un pus peu abondant jaune-verdâtre, renfermant les grains caractéristiques. Si, alors, on intervient à temps, si on gratte et modifie le foyer, la guérison peut survenir, mais si on temporise, l'affection s'étend et ne tarde pas à gagner d'autres organes.

Si, par exemple, le processus morbide existe à la mâchoire inférieure,

on peut alors observer la propagation du côté du cou, du pharynx, de la face, des régions temporales et du cerveau. L'affection peut aussi descendre, le long du sterno-cléïdo-mastoïdien ou de la colonne vertébrale ; elle peut ainsi gagner le poumons ou simuler un mal de Pott.

On comprend que l'aspect clinique des actinomycoses viscérales varie selon les organes envahis. L'actinomycose pleuro-pulmonaire ressemble énormément à la broncho-pneumonie tuberculeuse ; les malades ont des douleurs dans le ventre, des troubles dans la miction ou la défécation, des abcès, des trajets fistuleux qui viennent se faire jour au nombril, à la région du cœcum, sous le ligament de Poupart, etc.

Vous comprenez l'extrême gravité de ces cas, c'est souvent la mort qui vient terminer les souffrances du malheureux malade. On peut en revenir cependant et je ne puis résister au désir de vous en citer un exemple ; il s'agit d'un malade d'Albert qui réussit à se tirer d'affaire. C'était un forgeron qui avait reçu un an avant son entrée à l'hôpital, un coup de marteau à la région de l'hypogastre. Neuf mois après il il survint à cette place un vaste abcès qui laissa échapper une grande quantité de pus. Lorsque Albert l'examina, il présentait à l'abdomen une tuméfaction remontant jusqu'à l'omblic ; près de celui-ci existait un trajet fistuleux qui se dirigeait vers le pubis. La consistance de la tumeur était ligneuse.

Le savant clinicien de Vienne reconnut l'actinomycose par l'examen microscopique des sécrétions et opéra la tumeur. Il fit une incision sur la ligne blanche de l'omblic à la symphyse. Après avoir traversé la peau et le tissu sous-jacent, il arriva sur un tissu d'apparence blanchâtre, dur, criant sous le scalpel. Il arriva après quelques recherches sur le trajet fistuleux qui s'élargissait et était rempli de granulations. Débridement et grattage de ce canal ainsi que de deux autres fistules se raccordant à la première ; irrigation au sublimé. Pansement. Il n'y eut pas de fièvre et la guérison était obtenue en quelques semaines.

Dans la forme pyhémique, la plus grave selon moi, des abcès se développent dans les diverses parties du corps, abcès qui sont souvent en rapport les uns avec les autres par de longs trajets fistuleux.

L'actinomycose, qui a une marche essentiellement chronique, a un pronostic très sérieux. Lorsque cette affection est nettement localisée à la peau comme chez notre malade, elle peut se terminer par la guérison, grâce à un traitement convenable. Lorsque le parasite envahit des organes importants comme l'appareil pleuro-pulmonaire, le cerveau, les organes abdominaux, on comprend qu'il reste bien peu d'espoir de guérison.

Le traitement est purement chirurgical. Il faut enlever la tumeur, la gratter, détruire le parasite par tous les moyens possibles. Chez ma malade, le premier curettage n'a pas été complètement efficace ; il reste autour de la partie avivée, une zone de tissu mollassé, nodulaire, recouvert d'une peau livide, décollée sur les bords. Je vais largement exciser tous ces tissus, modifier les surfaces avivées et détruire le parasite par un large irrigation de solution au sublimé à 1 pour 1000. Si cela ne suffit pas j'aurai recours au nitrate d'argent qui paraît détruire tout spécialement le champignon, et s'il le faut, j'emploierai même le fer rouge.

Mais, Messieurs, s'il est bon de s'attaquer à l'affection bien déclarée, il est encore meilleur de la prévenir, de l'empêcher de se développer, et à ce point de vue il y aura, lorsqu'on aura reconnu l'affection, des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre. En premier lieu, et ceci incombe surtout aux vétérinaires, il faut prendre les précautions nécessaires, lorsqu'on aura constaté un cas d'actinomyose chez un animal quelconque, pour éviter l'inoculation à l'homme. Dans un travail publié en 1884, M. Siegen, vétérinaire municipal à Luxembourg, fait ressortir l'importance de la question au point de vue de l'hygiène publique ; il insiste surtout sur le danger qui peut résulter des viandes infectées d'actinomyces. Avec lui, je suis partisan du rejet de la consommation de la viande des animaux atteints d'actinomyose. Je crois, en effet, vous avoir démontré, par des exemples, la possibilité de la transmission directe de la maladie des animaux à l'homme. Du reste, l'identité morphologique du parasite de l'homme et des animaux ne fait plus de doute actuellement.

N. B. L'opération fut immédiatement pratiquée ; tous les tissus furent largement enlevés. Le 22 juin la guérison pouvait être considérée comme obtenue. La cicatrisation était presque complète.

La Clinique.

De l'hémorragie cérébrale

M. Mendel a recherché pourquoi l'artère du corps strié, que Charcot a appelé l'artère de l'hémorragie cérébrale, se rompt plus souvent que les autres. Ses recherches l'ont conduit à admettre que, dans cette artère, la pression était très inférieure à celle qui existe dans les vaisseaux corticaux, ce qui tient à ce que ces derniers s'anastomosent entre eux. On comprend donc que l'artère en question cédera plus facilement quand la pression subira une forte augmentation. Les anévrysmes miliaires se produisent à la suite des variations de pression qui ont lieu dans le vaisseau. Ce sont encore ces variations de pression qui amènent les premiers symptômes de l'apoplexie, ces symp-

tômes consecutifs relevant de l'anémie corticale et de l'hypérémie de la partie où s'est produit l'hémorragie. Il ne faut donc pas appliquer de la glace sur la tête des malades qui viennent d'être atteints d'hémorragie cérébrale, car on accroîtrait l'ischémie corticale et la pression intra-vasculaire. (Union médicale).

THERAPEUTIQUE

Le régime dans les maladies du cœur.

Un adulte, forcé par sa maladie de cœur de garder un repos relatif peut se maintenir dans un *statu quo* suffisant avec deux litres de lait par jour. Ces deux litres de lait renferment 96 grammes de sucre, 85 grammes d'albumine et 59 grammes de matières grasses. Or, voici, d'après le docteur Hoffmann, le tableau d'un régime équivalent, afin de permettre une certaine variation :

	Albumine.	Graisse.	Sucres.	Fécule.
250 grammes de viande renferment	43,5	9,3		
3 œufs renferment.....	10,8	11,7		
20 gram. de fromage.....	6,6	4,8		
550 — de lait.....	19,5	13,5	22	
100 — de pommes de terre....	1,3	"	"	23,7
100 — de pain.....	6,5	0,9	"	59,3
Ajoutez du beurre et de la grasse...	"	20,6	"	"
Total.....	87,2	60,2	22	96

Certel, au point de vue du régime, a établi les catégories suivantes parmi les personnes atteintes d'affections du cœur :

1^o Celles qui présentent de l'obésité avec la pléthore ; chez elles, il faut augmenter la quantité d'albumine, diminuer la graisse et permettre l'usage des boissons ;

2^o Les personnes grasses avec pléthore séreuse, pour lesquelles il faut augmenter les aliments azotés, diminuer les matières grasses et diminuer la quantité des boissons ;

3^o Les personnes qui présentent de la faiblesse et de l'amaigrissement en même temps ; ce sont ordinairement les cardiaques d'un certain âge. Ici encore il faut augmenter l'albumine, ne pas diminuer ou même augmenter les matières grasses et féculentes, mais toujours diminuer les boissons.

Sur l'emploi du calomel dans les affections des voies biliaires,

Par le professeur SACHARPIN.

Dans un précédent travail, le professeur Sacharpin avait montré que l'emploi du calomel est spécialement indiqué contre deux affections des voies biliaires et du foie : les coliques hépatiques, principalement quand elles se compliquent de fièvre, et la cirrhose hypertrophique. En se basant sur les résultats de nouvelles observations, l'auteur croit devoir élargir le cercle de ses indications, et d'y faire entrer tous les cas de lithiase biliaire et ceux d'ictère catarrhal : lorsque, dans les affections sus-dites, le régime, la balnéation chaude, l'emploi des eaux minérales appropriées ne procurent qu'une amélioration lente, lorsque la région de la vésicule biliaire ou la région du foie est le siège d'un endolorissement continu, il faut suspendre l'emploi des eaux minérales et recourir au calomel, pour, ensuite, de nouveau reprendre les eaux minérales, et ainsi de suite.

Le calomel doit être prescrit à la dose quotidienne de 7 centigrammes, réparties entre sept prises, dont les cinq premières sont à prendre d'heure en heure, et les deux autres, toutes les deux heures.

Gazette médicale de Paris.

La Morphine dans certains accidents urémiques

Mécanisme des principaux phénomènes de l'urémie.—Mode d'action de la morphine — Ses indications.

Contrairement à l'opinion généralement admise, un médecin américain, le docteur H. W. Wahburn affirme que la morphine peut être utile dans un certain nombre de phénomènes de l'urémie. Parmi ces phénomènes, il mentionne : les convulsions, la dyspnée d'origine rénale, les céphalalgies graves ; il croit que l'administration du médicament n'aggrave en quoi que ce soit les accidents présentés par les malades. De plus, on peut aisément administrer la morphine et remplir les principales indications auxquelles donne lieu l'urémie. Ce sont les suivantes :

- 1^o Diminuer la quantité des substances toxiques renfermées par le sang, en réglant le régime, en faisant l'antiseptie intestinale et surveillant les fonctions du foie ;
- 2^o En favorisant l'élimination des matières toxiques par la saignée, les purgatifs, les diaphorétiques ;
- 3^o En favorisant leur oxydation par les inhalations d'oxygène ou les exercices actifs ;

4^o En atténuant les symptômes les plus menaçants, et en combattant directement l'action des poisons.

La céphalalgie, l'assoupissement, le coma, la dyspnée, les vomissements, la diarrhée, les troubles de la vue et de l'ouïe, les contractions musculaires sont des symptômes qui se combinent en différentes proportions pour constituer le syndrome urémie. Ces symptômes sont le résultat de la détention dans le sang, de certaines substances excrémentielles que les reins ne peuvent pas éliminer dans le cours de la maladie de Bright, aiguë ou chronique. C'est l'expression des effets délétères des substances toxiques sur le cerveau et le système nerveux. On sait depuis longtemps que ces symptômes ne résultent pas de la rétention de l'urée dans le sang, bien que l'expression urémie fût fondée sur cette hypothèse.

Il est facile de comprendre, et l'expérience l'a d'ailleurs prouvé, que des phénomènes aussi variés ne résultent pas de l'action d'une ou deux substances toxiques ; on ne peut pas déterminer exactement quels symptômes particuliers cause une substance excrémentielle donnée. Il est naturel que les phénomènes varient d'après leurs proportions relatives. Parfois, ce sont les vomissements et la diarrhée qui dominent la scène ; d'autre fois, c'est la céphalalgie, les accès d'asthme, les convulsions ; un autre cas sera marqué par du délire, des bourdonnements d'oreille, de l'hémiplégie, du coma.

Lorsque la céphalalgie et les convulsions constituent les symptômes prédominants, nous avons affaire à un spasme des artérols de l'écorce cérébrale. Si, au contraire, la dyspnée l'emporte, ce sont les artérols du poumon qui sont surtout en cause ; il faut compter en même temps avec la faiblesse du pouls, l'abaissement de la pression du sang, la dilatation des pupilles, la diminution de la sécrétion urinaire. La dyspnée rénale a pour conséquence une oxydation imparfaite du sang ; celui-ci agit à son tour comme irritant sur les centres vaso-moteurs et les vaisseaux rénaux dont il amène la constriction, de telle sorte que la quantité de l'urine excrétée diminue.

Toutes les conditions qui augmentent la pression du sang augmentent l'excrétion urinaire, à moins qu'il n'y ait en même temps constriction des artères du rein. Il faut donc se proposer, quand on traite l'urémie, de relâcher les artérols du poumon, de l'écorce cérébrale, et, par conséquent, la sensibilité des éléments nerveux, sensitifs et moteurs, d'augmenter la pression générale du sang dans les artères en diminuant la constriction de celles du rein. M. Washburn s'est demandé quels sont les effets de la morphine sur le système nerveux, sur le système circulatoire et sur les reins. Elle diminue l'excitation des éléments nerveux, atténue la douleur et relâche les spasmes. Du côté

du système circulatoire, elle produit une accélération du pouls suivie bientôt par un ralentissement qui résulte de l'action des nerfs d'arrêt du cœur. De cette manière, la pression sanguine augmente.

Les auteurs ne sont pas d'accord relativement à l'action de la morphine sur l'excrétion urinaire ; certains affirment qu'elle l'augmente ; d'autres, qu'elle la diminue. Il est certain qu'elle l'exagère dans certains cas, et cette action est parfaitement compréhensible si l'on veut bien se rappeler son action sur la pression sanguine. La rétention d'urine, notée quelquefois après l'administration de la morphine, tient tout simplement à ce qu'elle enlève à la vessie sa sensibilité.

Il est donc parfaitement légitime d'administrer la morphine toutes les fois qu'il y a dans l'urémie des convulsions, de la dyspnée et de la céphalalgie. On remplit les indications suivantes : diminution des spasmes et de la douleur, augmentation de la quantité d'urine. L'auteur possède des faits personnels nombreux démontrant que la morphine peut avoir d'excellents résultats dans différentes formes de l'urémie. Il est bon toutefois de procéder avec de grandes précautions lorsqu'il existe une affection de date ancienne ayant déterminé des lésions graves du côté du rein. L'absence d'élimination de la morphine causerait des accidents d'intoxication rapidement mortels par suite de son accumulation dans l'organisme.—*Le Mois Médical.*

Traitement de l'insomnie dans les fièvres graves.

Causes de l'insomnie.—Indications qu'on en tire,—Avantages de la réfrigération.—Hypnotiques.

“ Le médecin, dit Murchison, ne saurait trop accorder d'attention à l'anesthésie dans le typhus. Si elle dure deux ou trois nuits consécutives, elle suffit pour tuer le malade. L'insomnie est presque aussi grave dans la fièvre typhoïde ; l'insomnie rebelle est un présage funeste et l'indice d'une terminaison prochaine, tandis que le retour du sommeil est considéré à juste titre par les médecins comme un présage de guérison. ”

Au début, l'insomnie accompagne l'hyperthermie, tandis que la chute de la température est souvent suivie de sommeil. On dirait que le sang, chargé d'éléments toxiques, exerce sur l'encéphale une action incompatible avec le sommeil. Les bains froids ou tièdes et les antipyrétiques qui diminuent la fièvre, calment du même coup le malade. Les bains froids de 15 à 25° sont souvent le meilleur moyen que l'on possède dans l'insomnie. Dans les cas de pyrexie extrême avec agitation et délire, on versera de l'eau froide sur la tête pendant la durée

du bain. En général, il suffit d'un quart d'heure pour abaisser la température ; dans quelques cas, pourtant, il faut un peu plus de temps. Plus on est près du début, plus la constitution est robuste, plus la fièvre est élevée, plus le bain doit être froid. Au contraire, sa température est plus élevée à une époque plus avancée, chez les individus affaiblis et à système nerveux déprimé.

Certains auteurs considèrent comme succédané des bains froids les affusions et l'enveloppement dans des draps mouillés ; d'autres n'ont rien obtenu de ces moyens.

S'il est possible, pour une raison ou pour une autre de donner des bains froids, on fera bien d'avoir recours à quelques-uns des nouveaux antipyrétiques. On dit beaucoup de bien de l'acétanilide : trois ou quatre doses de 30 centigrammes chez un adulte abaisseront généralement la température de 2 ou 3 degrés. On est presque sûr, surtout si l'on administre le médicament le soir ou la nuit, d'avoir une ou deux heures de repos. D'autres médecins considèrent l'antipyrine comme le meilleur hypnotique ; on le donne à dose double de l'acétanilide.

Ces agents semblent exercer une influence plutôt sur les centres cérébraux générateurs et régulateurs de la température que sur la fièvre elle-même dont ils ne modifient pas la marche ; il est bon de les employer seulement d'une manière accidentelle pour calmer une excitation extrême, parce qu'ils peuvent exercer sur le cœur une action déprimante capable de devenir dangereuse.

Le chloral est un bon hypnotique dans les fièvres graves ; il calme le délire, conserve les forces, modère la fièvre et produit un sommeil presque aussi favorable que le sommeil naturel. Il n'est contre indiqué que par l'affaiblissement du cœur. Aux derniers stades du typhus et de la fièvre typhoïde, il vaut mieux éviter le chloral et lui substituer l'opium et la morphine ; dans les derniers stades, lorsqu'il y a de la jactation et du délire, surtout si la diarrhée est un symptôme prédominant 20 gouttes de teinture d'opium administrées au malade au moment où il va se mettre au lit, dans un peu d'eau camphrée, viennent notablement en aide aux autres mesures ; elles diminuent l'agitation et produisent le sommeil. Le sulfonal, le chloralamide et les autres hypnotiques récemment découverts n'ont aucune utilité dans l'insomnie de la fièvre typhoïde.

Les stimulants alcooliques judicieusement administrés soutiennent le cœur et la circulation ; ils améliorent la nutrition et la favorisent la réparation du système nerveux ; ce sont les plus utiles des médicaments pour combattre l'insomnie. Donnés à doses trop élevées, ils manquent leur but ; il faut également beaucoup d'attention en les administrant, lorsqu'il existe quelque chose du côté du rein. Stokes a parlé des effets

sédatifs du vin dans la fièvre ; ils tiendraient, d'après lui, à ce que l'état d'anémie du cerveau est accompagné d'une dépression du cœur et de la circulation.

L'insomnie fébrile est essentiellement une insomnie toxique ; mais on ne sait trop si ce sont les microbes eux-mêmes ou les ptomaïnes dont ils déterminent la production qui agissent sur le cerveau ; il est probable qu'il faut également compter avec l'urémie, parce que, dans la période active, et, plus tard, lorsque la circulation est affaiblie et languissante, l'élimination par le rein se fait assez mal. Malheureusement, il est difficile de répondre aux indications qui viennent de ce côté : les limonades, l'eau d'orge, les boissons effervescentes, etc., provoquent l'excrétion par le rein. On donne souvent comme boisson, dans les fièvres, le lait. Certains cliniciens donnent des tisanes diurétiques avec du nitre et un peu de digitale. En outre, il faut éviter la constipation, garder l'intestin libre, et favoriser les fonctions de la peau par de fréquentes ablutions froides, suivies de frictions.

En résumé : L'insomnie est une conséquence presque fatale du syndrome fièvre ; tout ce qui diminue la fièvre rend momentanément le calme au malade et lui permet de dormir, même en dehors de toute action sur le processus morbide lui-même ; c'est à ce titre que la réfrigération bien comprise et bien conduite peut aboutir aux meilleurs résultats.

Le Mois Médical.

Traitement de l'ataxie par la flexion forcée antérieure du corps.

Le Dr Bonuzzi a exécuté de nombreuses expériences, afin d'éclairer le mode d'action de la suspension. Il a d'abord constaté que pendant celle-ci la moelle change ses rapports avec la colonne vertébrale. Il y a augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien. La colonne vertébrale subit enfin un allongement apparent de $1\frac{1}{2}$ centimètre à $2\frac{1}{2}$ centimètres.

Il croit donc à l'action thérapeutique réelle de la suspension, qui serait due à l'action mécanique de l'élongation des racines de la queue de cheval et en partie à celle de la moelle, ce qui apporterait une amélioration dans la circulation endo-médullaire spinale, modifiée ensuite elle-même par l'augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien et l'élongation des artères vertébrales ; par conséquent, d'une part, afflux de sang artériel diminué de la moelle, et augmentation au contraire du sang veineux de l'autre. On peut donc admettre l'amélioration réelle par la suspension, qui rétablit le fonctionnement des fibres nerveuses

encore saines, mais on ne doit pas admettre la guérison absolue, car les fibres nerveuses détruites ne se reproduisent pas.

Dans une seconde série d'expériences, M. Bonuzzi démontre que la flexion forcée antérieure du corps, en portant les genoux en contact de la tête, a pour premier résultat de procurer une très forte distention de la moelle spinale et davantage des cordons postérieurs que des antérieurs et des racines de la queue de cheval. Comme dans la suspension, il s'en suit une amélioration de conditions circulatoires de la moelle. Le Dr. Bonuzzi a pu suivre cliniquement plusieurs malades améliorés de la sorte ; trois séances d'une demi à trois minutes ont suffi pour produire ce résultat : néanmoins, il n'a jamais pu trouver les réflexes patellaires de son malade, et toujours il a constaté l'irrégularité de la pupille.

Revue pratique médicale.

Phthisie, résultats obtenus par Sommerbrodt.

Dans l'espace de neuf ans, l'auteur, M. Sommerbrodt, a administré la créosote à près de cinq mille phthisiques. Chez presque tous les malades cette médication a amené une amélioration des symptômes morbides ; mais dans les cas relativement récents (hémoptysies initiales, catarrhe des sommets, infiltrations limitées), la créosote donne des résultats surprenants : conservation des forces, diminution de la toux et de l'expectoration, augmentation de l'appétit, amoindrissement des sueurs nocturnes et de la fièvre ; enfin, dans un grand nombre de cas, disparition des signes physiques, notamment de la matité, et surtout chez les individus jeunes. Dans plusieurs cas, l'auteur a également obtenu la cicatrisation des ulcères du larynx, bien que la tuberculose laryngienne se prête bien moins à la médication par la créosote. Enfin, les tumeurs scrofuleuses disparaissent rapidement. L'auteur fait prendre à ses malades des capsules de gélatine contenant chacune 5 centigrammes de créosote.

Le premier jour ils doivent prendre 1 capsule, le second 2, puis durant huit jours 3 capsules aux principaux repas. Dans la seconde semaine, le nombre des capsules doit être de 4, dans la troisième semaine, de 5, dans la quatrième, de 6, et cette dose devra être maintenue pendant deux mois, les malades arrivent ainsi progressivement à prendre 9 capsules par jour ; la durée du traitement est au minimum d'une année. Il importe de diminuer de temps en temps la dose de créosote, ou mieux encore d'interrompre le traitement pendant quelque temps parfois jusque près de quatre semaines. Enfin, pour ce qui concerne les femmes, le traitement doit être suspendu, pendant tout le cours de leurs époques.

La Clinique.

Un traitement du coma diabétique.

D'après un médecin anglais, M. le Dr Reynolds, le meilleur traitement du coma diabétique serait le suivant :

Dès qu'apparaissent les symptômes indiquant l'imminence du coma diabétique (malaise général, innappétence, faiblesse, somnolence, douleurs à l'hypocondre gauche, dyspnée, odeur de l'acétone répandue par l'haleine et les urines, albuminurie et diminution de la glycosurie), le malade est mis immédiatement au lit et prend un purgatif. Puis on lui administre 0 gr. 30 centigrammes de citrate de potasse d'heure en heure et on lui fait boire abondamment du lait ou de la limonade, du thé ou simplement de l'eau. Il doit ingérer au moins 4 litres de liquide par jour.

Formulaire Mensuel.

Traitement régulier de la syphilis.

M. le Dr Bontemps (de Saumur) a publié, dans le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, un travail fort intéressant dans lequel il donne un moyen très pratique d'obtenir des malades le traitement régulier et prolongé de la syphilis. Il rappelle d'abord la recommandation suivante de M. le Professeur Fournier :

“ Je crois être autorisé à dire, d'après ce que j'ai vu jusqu'à ce jour, qu'en aucun cas la durée d'un traitement antisyphilitique ne peut être abaissée au-dessous de trois à quatre ans, à quelque forme de la maladie qu'on ait affaire et si bénigne même que se soit annoncée la diathèse originairement. Trois ou quatre ans est le minimum nécessaire, d'après moi, je ne dirai pas à guérir la vérole, mais à conjurer les manifestations dangereuses pour le présent et l'avenir.”

Convaincu de la profonde vérité que comportent les conclusions magistrales du livre *Syphilis et Mariage*, ajoute M. Bontemps, j'ai fait imprimer le petit tableau que je vais vous présenter :

Mois	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e
Années 1re	M	M	I	M	R	M	R	M	I	R	R	I
2e	R	R	I	M	I	R	R	I	M	I	I	R
3e	R S	M	I	I	R S	R	I	I	R S	R	M	I
4e	I	R S	I	I	R	R S	I	I	R	R S	I	I

M : mercure—I : iodure—R : Repos—S : sulfureux.

Selon les indications de M. Fournier, ce tableau est basé sur la méthode des traitements successifs, avec stades de désaccoutumance. Ma formule tient du procédé Fournier et du procédé Martineau ; du premier j'ai accepté les dix mois de traitement mercuriel, du second j'ai adopté l'usage de l'iode de potassium dès les premiers mois, et plus tard, l'administration des sulfureux. Je prescris donc :

Pendant la première année, 6 mois de mercure, 3 mois d'iode, 3 mois de repos ;

Pendant la deuxième année, 2 mois de mercure, 5 mois d'iode, 5 mois de repos ;

Pendant la troisième année, 2 mois de mercure, 5 mois d'iode. 5 mois de repos et sulfureux ;

Pendant la quatrième année, plus de mercure, l'iode seul entrecoupé de repos et de sulfureux.

Au total, j'obtiens : 10 mois de mercure ;
 20 mois d'iode ;
 6 mois de sulfureux ;
 8 mois de repos.

Tel est le tableau que je donne à tous les syphilitiques qui me viennent consulter. Il m'a rendu de très grands services, en me permettant de suivre nettement à travers les années la marche du traitement de syphilitiques nomades ou absents, et je sais bon nombre de confrères qui en ont pris copie le trouvant très pratique. Car j'engage mes malades à le présenter toujours, les périodes que j'adopte n'ayant rien d'absolu pour un traitement qui, en somme, peut toujours se modifier, comme le veut Mauriac, suivant la marche des manifestations syphilitiques.

Ce tableau m'a permis de constater que les quatre premiers mois du traitement sont les plus durs et qu'il serait très difficile de donner encore du mercure pendant le cinquième mois, les malades se dégoûteraient infailliblement si l'on poussait plus loin. Au contraire, c'est grâce au repos du cinquième mois que les syphilitiques continuent le traitement.

En résumé, je ne manque jamais d'offrir ce petit tableau à mes syphilitiques. Je leur en donne la clef ; je leur explique que, seulement après qu'ils auront biffé d'un coup de plume chaque petite case, ils pourront se permettre le mariage, espérer des enfants sains ou envisager sans crainte les petits accidents que l'avenir pourrait ramener et

que la sage habitude de ce que j'appelle l'*iodure des équinoxes* contribuera encore à effacer.

Ce faisant—même si l'on jette au feu mon petit papier—j'ai du moins la satisfaction du devoir accompli, cette seule joie de la pratique médicale.

(*Journal de Med. et Chir. Prat.*)

CHIRURGIE

Sur le traitement du cancroïde par les injections d'hydrate de chaux.

M. le docteur Rossander constate d'abord que dans le choix des liquides employés en injections destinées à guérir les cancroïdes, on a procédé un peu au hasard. Or, peuvent seuls atteindre le but visé, les agents capables de s'attaquer aux cellules épithéliales du néoplasme et de les mortifier. La solution d'hydrate de chaux est précisément douée de cette propriété. Depuis trois ans déjà, M. Rossander expérimente ce liquide en injections, dans le traitement des tumeurs cancéreuses.

Une première tentative, faite dans des conditions défavorables, concernant un cas de cancer volumineux et récidivant du sein, la récurrence étant survenue neuf mois après une intervention opératoire. Puis, M. Rossander a expérimenté les injections d'hydrate de chaux dans 4 cas de cancroïde de la face. Il a employé des solutions d'hydrate de chaux à 1/2 à 10/0 ; dans 2 cas, il s'agissait de récurrences survenues à la suite d'une extirpation. Les injections étaient, autant que possible, pratiquées au voisinage immédiat du néoplasme ; habituellement on les répétait tous les deux ou trois jours. La quantité de liquide injectée à chaque séance, et en plusieurs points, était de 2 à 3 grammes. La durée du traitement a été passablement longue, mais dans trois cas le succès a été éclatant. Dans le quatrième cas, le traitement a eu pour résultat d'enrayer momentanément les progrès d'un cancer volumineux.

En somme, M. Rossander ne prétend pas avoir découvert un traitement curatif du cancroïde ; il admet que les guérisons qu'il avait obtenues n'étaient vraisemblablement qu'apparentes, et que l'éventualité d'une récurrence est à prévoir comme à la suite de l'extirpation ; mais il

a cru néanmoins publier les résultats de ses premiers essais, afin que ceux-ci soient repris et contrôlés par d'autres expérimentateurs.

Il ne semble pas que l'hydrate de chaux exerce une influence modificatrice quelconque sur les éléments anatomiques des tumeurs cancéreuses.

(Revue de thérap.)

Traitement du lupus par l'extirpation suivie de greffes épidermiques. (Procédé de THIERSCH)

Le malade étant chloroformé, le chirurgien enlève avec le bistouri une certaine étendue de la peau atteinte du lupus—de 7 à 8 centimètres carrés, à peu près.—En épaisseur, la section porte au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi, sur la femme que je lui ai vu opérer, M. Urban a détaché tout le tégument de la lèvre supérieure et de la moitié inférieure du nez. Les plans sous-cutanés sont de la sorte mis à nu, les pinces hémostatiques saisissent les artères, et une bonne épaisseur de gaze aseptique est entassée sur la surface cruentée.

La main d'un aide, mise à plat par dessus, comprime fortement pendant un quart d'heure environ pour assurer l'hémostase. Grâce à cette compression prolongée et au pincement des vaisseaux, les nœuds de catgut deviennent inutiles. Ils pourraient d'autre part, compromettre l'accolement des applications épidermiques.

Quand le sang a cessé de sourdre sur la surface mise à nu, la cuisse des malades est découverte. Elle a été préalablement désinfectée par plusieurs savonnages, des lotions au sublimé et à l'éther. Avec un grand rasoir plat sur une de ses faces et légèrement concave sur l'autre, comme celui des histologistes, le chirurgien détache sur le devant de la cuisse, par un mouvement de zigzag, des bandes épidermiques qui peuvent avoir 2 centimètres de largeur sur 10 de longueur. Elles se plissent sur le rasoir. L'opérateur les fait ensuite glisser avec un stylet, sur une sorte de spatule large, mince et munie d'un manche qui lui sert à les transporter, plissées et reposant par leur face profonde, au-dessus de la plaie vive. S'aidant du stylet, il les y dépose et les déploie, tandis que la spatule recule peu à peu. Taillant avec des ciseaux sur la longueur des bandes épidermiques, suivant qu'il est besoin, il arrive à couvrir totalement la perte de substance.

Immédiatement la partie opérée prend très bon aspect. On la couvre de protectrice. Par-dessus un pansement humide à la gaze aseptique imprégnée d'eau stérilisé. Ce pansement est renouvelé tous les matins, pendant les cinq premiers jours, puis il est remplacé par une couche d'huile aseptique recouverte de gaze qu'on laisse à demeure.

Si la suppuration se montre, l'insuccès est complet.

Mais s'il ne survient aucune complication, la greffe se soude peu à peu et le résultat va s'améliorant de plus en plus. D'après les cas qui m'ont été montrés, on peut dire que l'aspect est peu satisfaisant pendant les trois premiers mois. La parue est grisâtre, rugueuse, comme eczémateuse, mais, par la suite, une modification favorable se déclare ; la coloration devient semblable à celle des tissus environnants, les rugosités s'effacent et le résultat se montre des plus satisfaisants. Sur un vieillard j'ai vu la moitié du front greffée deux ans avant. Le tégument était presque naturel, à peine un peu plus luisant que sur l'autre moitié. La transpiration n'était apparente que pour des yeux prévenus.

Ces surfaces greffées semblent préservées de la rétraction nodulaire.

Le professeur Thiersch se déclare très satisfait de ce traitement du *lupus* dont l'extirpation complète se fait en cinq ou six opérations successives. Il applique d'ailleurs son procédé à divers autres cas qui comportent la méthode autoplastique. Un de ses assistants me dit lui avoir vu couvrir, en une seule séance, une perte de substances, à l'aiselle, de 30 centimètres environ, et non sans succès.

Du côté de la cuisse la lésion est insignifiante. Elle saigne à peine et il n'en résulte que de légères marbrures violacées.

Le professeur Heydenreich (de Nancy) a communiqué au Congrès de chirurgie, 1889, les résultats qu'il obtient par l'application des greffes de Thiersch aux difformités par cicatrices. On peut, dit-il, faire l'opération en deux temps. La première fois enlever la cicatrice et quelques jours plus tard transporter les greffes après *radage* des bourgeons. D'après le professeur de Nancy, un léger suintement sanguin ne compromet pas la réussite. Il a même pu, sans inconvénient, toucher au thermo-cautère quelques points qui continuaient à saigner trop. La conclusion est que: "Les avantages de cette méthode sont tels qu'elle mérite, sauf indication spéciale, d'être substituée aux autres méthodes."

Dr AND. CASIEX.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques de Paris.*)

De la ténatomie à ciel ouvert

Par G. Gevaert, agrégé à l'Université

Il est, dans la chirurgie, certaines interventions qui semblent, par la simplicité de leur technique, et par la rapidité de la guérison opératoire, devoir rester inaltérées au milieu des remaniements incessants que la science fait subir à la pratique médicale. La ténatomie sous-cutanée de J. G. n., classique, brillante et bien réglée, a été long-

temps une de ces opérations privilégiées. La chirurgie moderne, précise, anatomique et peu brillante, ne redoutant plus les plaies opératoires et leurs conséquences, n'a pas accepté en bloc la méthode sous-cutanée, qui tend de plus en plus à disparaître devant les procédés de choix, quand il s'agit d'aller porter le ténotome dans des régions traversées par des organes qu'il importe de ne pas léser.

La méthode nouvelle a sur l'ancienne l'avantage de la sécurité, de plus elle est efficace et radicale, car elle permet de sectionner, en voyant, non seulement le tendon mais les brides aponévrotiques du voisinage, obstacles très fréquents au redressement.

Dans le service des enfants de M. le docteur Charon, à l'hôpital Saint-Pierre, nous avons eu l'occasion de voir couper sous-cutanément beaucoup de tendons ; ceux des jumeaux, du tibial antérieur, du tibial postérieur, l'aponévrose plantaire, du biceps fémoral, du demi-membraneux, du droit interne, des adducteurs, des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, etc.

Si nous exceptons la section sous-cutanée du tendon d'Achille chez les adultes ou les adolescents, on peut dire que dans presque tous les autres cas l'opérateur n'est jamais absolument sûr d'avoir sectionné complètement le tendon, et qu'il n'a pas toujours la certitude d'avoir ménagé les organes importants du voisinage.

Je n'en veux comme preuve que les règles multiples et contradictoires instituées par les maîtres pour la section du biceps fémoral afin d'éviter le nerf sciatique poplité externe, pour le tibial postérieur en n'intéressant pas le nerf et l'artère tibiale postérieure, pour le sterno-cléido-mastoïdien sans aller piquer la jugulaire antérieure ou la jugulaire interne.

Volkman, en 1885, a le premier préconisé la section à ciel ouvert du sterno-cléido-mastoïdien dans le torticolis musculaire. Depuis, de toutes parts la section sous-cutanée a été abandonnée dans cette affection et beaucoup de chirurgiens ont adopté le bistouri dans toutes sections tendineuses quelconques (Lucas-Championnière).

C'est dans le torticolis surtout que section à ciel ouvert a fait un chemin rapide.

Citons, d'après Walther, les premiers adeptes de la méthode à l'étranger, Lorenz, Heineke, Bilothe, Bradford, Kertly ; en France, au tout premier rang, Kermisson, Lannelongue, Redard, Quénu, Jala-guier, L. Championnière, Verneuil, Vincent, Phocas, Gross et Piéchaud.

J'ai moi-même présenté, l'année dernière, à la séance du 7 juillet 1890, de la Société des Sciences médicales, un malade opéré dans le service par M. le docteur Charon. Je crois intéressant de rappeler les principaux points de cette observation :

“ Le sujet présenté est une enfant de 6 ans, qui a été opérée, il y a dix jours, de *torticolis congénital*, par la ténomie du sterno-cléido-mastoïdien. Le sujet n'avait encore subi aucun traitement.

“ La déviation était fort marquée ; la tête s'inclinait complètement du côté droit, par suite de la rétraction énergique du muscle.

“ Ce dernier a été sectionné complètement à ciel ouvert par M. Charon ; le chef tendineux sternal, de même que le chef claviculaire, ont été divisés dans toute leur étendue. La plaie a été réunie par première intention.

“ M. Charon a appliquée l'appareil préconisé par Lewis Sayre, et qui consiste uniquement en un tube de caoutchouc, réuni d'une part à la tête par l'intermédiaire d'un bandage roulé, d'autre part à un bandage de corps, et formant un véritable muscle artificiel renforçant l'action du muscle antagoniste intact.

“ J'ai eu l'occasion de pratiquer la même opération, il y a environ un mois, chez un malade de mon confrère le docteur Desfay, un garçon de six ans, et avec le même succès.”

Pour la section du sterno cléido-mastoïdien, la chose est définitivement jugée, et si on excepte la seule question de l'esthétique, l'accord de tous les chirurgiens est unanime.

La question de la cicatrice nous semble en effet d'importance minime, puisqu'il est prouvé, d'après l'aveu même de J. Guérin, que la déformation du torticolis existe encore dans le $\frac{1}{3}$ des cas au bout de deux ou trois ans. quand on a opéré par la méthode sous-cutanée.

Si ce dernier procédé donne d'une façon si incertaine la guérison, hésitera-t-on à employer la méthode à ciel ouvert qui procure le redressement immédiat au prix d'une cicatrice linéaire de deux centimètres ? Phocas se préoccupe beaucoup de la cicatrice et en arrive à cette conclusion : l'efficacité de la méthode à ciel ouvert ne peut être mise en doute, sa sécurité est absolue ; quant à son opportunité, elle paraît contestable chez les jeunes filles, à cause de la cicatrice.

Afin d'éviter celle-ci, ou tout au moins de la rendre aussi peu appréciable que possible, voici la technique qu'il recommande. Il pratique une incision verticale de 2 à 3 centimètres, et coupe la peau tendue sur le chef sternal comme sur une sonde cannelée ; l'incision descend de façon à atteindre l'insertion sternale du tendon. Celui-ci est dénudé et chargé sur une sonde cannelée recourbée ; le tendon est sectionné, alors l'opérateur s'attache, par le toucher, à reconnaître toutes les brides tendineuses qui se présentent pendant le redressement de la tête, ces brides sont attirées par la sonde cannelée et sectionnées. La même incision permet de charger le chef claviculaire sur la sonde et de le sectionner. On cesse le travail quand le doigt introduit dans la

plaie ne décèle plus aucune saillie tendineuse. La cicatrice, d'après ce procédé, est minime, elle mesure 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Elle est verticale et peut plus facilement passer inaperçue.

Quel que soit du reste le procédé que l'on emploiera, la cicatrice sera presque invisible si on opère antiseptiquement (Lucas Championnière), et surtout, à notre avis, si on n'emploie pas de drains ; ce ne sera jamais un argument contre l'opération, même chez les jeunes filles.

Nous ne pourrions assez recommander dans le torticolis l'appareil de Sayre, qui est simple et facile à appliquer et d'une efficacité incontestable ; il doit être placé immédiatement après la section du sternocleido-mastoïdien et restera en place environ un mois.

La ténotomie à ciel ouvert n'est pas seulement applicable aux torticolis, elle l'est également à toutes les sections tendineuses. M. le docteur Charon l'a adoptée d'une façon définitive pour toutes les ténotomies, et principalement pour celles que nécessite le redressement du genou dans l'arthrite tuberculeuse, en voie d'ankylose angulaire fibreuse. Même pour la section du tendon d'Achille, il a recours à la méthode quand il s'agit de très jeunes enfants, et que la corde tendineuse est difficile à sentir par suite de l'abondance du tissu graisseux.

L'opération à ciel ouvert est incontestablement destinée à remplacer le procédé sous-cutané dans toutes ses applications, elle a l'avantage de la sécurité et de l'efficacité ; dans tous les cas chez lesquels nous l'avons vu employer, le redressement a été obtenu d'une façon complète, et la guérison de la plaie opératoire s'est toujours effectuée sans suppuration, ni complication quelconque. — *La Polytechnique Médicale.*

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Des ruptures urinaires.

M. SCHULTZ rapporte l'histoire de quatorze cas de rupture utérine observés à la clinique de M. Tuffer, à Budapest. De ces quatorze femmes, une seule était primipare, les autres avaient eu des grossesses en nombre variable et l'une d'elles accouchait pour la huitième fois.

Dans deux cas, le bassin était très rétréci, une fois par un ostéome, une autre fois à la suite d'ostéo-malacie ; dans deux autres cas, le diamètre antéro-postérieur mesurait 10 centimètres ; les autres femmes avaient le bassin bien conformé. Pour ce qui est de la présentation, le plus souvent elle était normale ; cependant deux fois il s'agissait

d'une présentation de l'épaule négligée, une fois d'une face et une autre fois d'un siège. La durée du travail avait été plusieurs fois très courte.

On voit donc que si le rétrécissement du bassin, si une présentation anormale, si un travail prolongé prédisposent à la rupture utérine, aucune de ces causes ne saurait en être regardée comme le facteur habituel. La véritable origine de la rupture consiste en une altération de structure du col utérin qui a perdu son élasticité, qui a été transformé en tissu cicatriciel par une maladie antérieure.

Les symptômes qui annoncent l'imminence d'une rupture sont l'agitation extrême de la parturiente, la rapidité de son pouls, la situation élevée du fond de l'utérus et enfin la formation d'un sillon au niveau duquel le muscle utérin forme comme un anneau contracturé. Il faut alors terminer l'accouchement aussi promptement que possible.

La rupture, une fois produite, est d'un diagnostic généralement aisé. Elle s'accompagne d'une douleur extrême, d'angoisse profonde, on constate de la dyspnée, des vomissements avec des symptômes de collapsus. Souvent, on sent les membres du fœtus venir se placer immédiatement sous la paroi abdominale. Enfin, par le toucher, la partie fœtale qui se présentait et qui était immobilisée, ou bien semble disparaître, ou bien prend une nouvelle mobilité. Il faut alors extraire au plus vite l'enfant soit par les voies naturelles, si cela est possible, soit par la laparotomie.

Au point de vue du traitement, tantôt on a abandonné la guérison de la femme aux seules forces de la nature, en se bornant à pratiquer quelques injections vaginales ; tantôt on a tamponné l'utérus avec de la gaze iodoformée, en y plaçant aussi un drain en forme de T ; tantôt enfin, on a eu recours à la laparotomie. Chacun de ces traitements a donné des résultats statistiques très variables suivant les auteurs. L'ensemble des chiffres que M. Schultz a pu rassembler et qui portent sur plus de 320 cas, donnent 20 0/0 de guérison pour la première méthode (abstention), 36 p. 0/0 pour la seconde (drainage et tamponnement antiseptique) et enfin 44.7 0/0 pour la troisième (laparotomie). (*Bull. méd.*)

Sur la reproduction de la muqueuse de l'utérus.

Étude expérimentale du docteur Bossi, docteur d'obstétrique et de gynécologie. (In *Gazzetta degli ospitali*, 10. 81, Octobre.)—À l'Institut de pathologie générale dirigé par M. le professeur Griffini, M. le docteur Bossi a entrepris, sur des chiennes, une série d'expériences à l'effet :

- 1^o D'étudier le mode de reproduction de la muqueuse utérine ;
- 2^o Les modifications histologiques qui surviennent après le racle-ment de l'endométrite ;
- 3^o Les modifications produites par la destruction de cette muqueuse par les caustiques, en se limitant toutefois à la pâte de Canquoin laissée en permanence selon la méthode de Polaillon, et en établissant un parallèle entre ce procédé et le curettage classique.

Les conclusions de ce travail consciencieux sont les suivantes, par rapport à la reproduction totale de la muqueuse :

- 1^o La muqueuse du corps utérin de la chienne, enlevée par partie ou en totalité dans toute son épaisseur, se reproduit complètement ;
- 2^o Cette reproduction se fait lentement, souvent dans un espace de temps considérable ;
- 3^o L'épithélium de revêtement, qui primitivement tapissait la solution de continuité, dérive de l'épithélium des glandes des bords de celle-ci demeurées plus ou moins intactes après le trauma expérimental ;
- 4^o Enfin, les glandes reproduites dérivent de la prolifération de quelques cellules du nouvel épithélium de revêtement, après que celui-ci a pris une forme d'épithélium cylindrique.

Par rapport à l'application de bâtonnets de pâte de Canquoin, l'auteur pense que le curettage est préférable à cette cautérisation, tant par les effets immédiats obtenus que par ceux qui suivent, et en se plaçant spécialement au point de vue de la conservation fonctionnelle de l'organe.

(*Un. Méd.*)

MILLOT-CARPENTIER.

Du diabète chez les femmes enceintes.

Le diabète peut apparaître chez la femme à l'occasion de la grossesse, diabète vrai qu'il ne faut pas confondre avec la glycosurie normale chez les femmes enceintes ou les nourrices.

Le diabète peut préexister à la grossesse, qui vient l'aggraver, ou il peut débiter au cours de la grossesse. Dans l'un et l'autre cas, il peut offrir une marche suraiguë, s'accompagner d'une polyurie et d'une polydipsie des plus intenses et aboutir à la mort par le coma au bout de quelques semaines ; d'autres fois, moins grave, il permet à la grossesse de suivre son cours. Le diabète qui a débuté pendant la grossesse peut, après l'accouchement, persister à continuer à évoluer de la manière habituelle. D'autres fois, il se produit dans les jours qui suivent l'accouchement une amélioration très marquée et très brusque qui peut aller jusqu'à la disparition complète de la glycosurie. Une nouvelle grossesse est généralement le signal d'un retour ou d'une

nouvelle aggravation du diabète. Il peut y avoir là un véritable diabète intermittent.

Le diabète influence puissamment la grossesse. Il est fréquent, chez les diabétiques, de voir la grossesse se terminer par un avortement ou par l'accouchement avant terme d'un enfant mort. Dans ces conditions, quand le fœtus a succombé au diabète maternel, il s'agit d'un diabète grave qui a de grandes chances de se terminer fatalement à brève échéance pour la mère aussi.

On peut donc dire que, chez les femmes enceintes, le diabète offre une gravité considérable, et cela d'autant plus que, dans ces circonstances, il est très peu influencé par le régime.

Revue des Maladies des Femmes.

FORMULAIRE.

La glycérine iodée dans le traitement des hémorroïdes.

1 ^o Iodure de potassium.....	2 grammes.
Iode pur.....	0 g. 20 centigr.
Glycerine.....	35 grammes.

M.—*Solution faible.*

2 ^o Iodure de potassium.....	5 grammes.
Iode pur.....	1 gramme.
Glycérine.....	35 grammes.

M.—*Solution forte.*

Le médecin prescrira l'une ou l'autre de ces deux préparations, en se réglant sur la susceptibilité individuelle du sujet. Le traitement se fera de la façon suivante :

D'abord, le malade prendra un bain de siège tiède. Puis, il trempera de petits bourrelets d'ouate dans la glycérine iodée, et il les appliquera sur les bourrelets hémorroïdaires. Ces applications seront renouvelées d'heure en heure ou à des intervalles plus éloignés. Elles occasionnent une sensation passagère de brûlure, très tolérable. On obtient ainsi une guérison radicale.

Pilules contre l'asystolie d'origine valvulaire ou myocarditique.—(M. Lancereaux.)

Poudre de scille.....	} ââ 1 gramme.
— de scammonée.....	
— de feuilles de digitale.....	

F. S. A. 20 pilules.—Prendre : 4 pilules dans la journée, durant trois ou quatre jours, en augmentant la dose jusqu'à 6 ou 8, puis cesser durant plusieurs jours, pour les reprendre si la diurèse et la régularité des battements cardiaques ne sont pas suffisantes.

Ces pilules rendent aussi de grands services dans certains cas de néphrite chronique, lorsque les urines sont peu abondantes et surtout lorsque le cœur est également touché et présente des signes d'insuffisance.
(Semaine médicale.)

TRAITEMENT DU CORYZA.

M. le docteur Coupard, dont les travaux laryngologiques sont bien connus, nous communique la formule d'une poudre à priser qu'il emploie avec succès contre le rhume de cerveau, la céphalalgie, ou les petites crises d'asthme au début :

Chlorhydrate de cocaïne.....	o gr. 15 centigrammes.
Menthol	o gr. 25 centigrammes.
Acide borique.....	2 grammes.
Poudre de café torréfié et pulvérisé très finement.....	o gr. 50 centigrammes.

A prendre cinq à six prises nasales par jour.

—Nous rapprochons de cette formule divers procédés qui sont indiqués dans le *Formulaire des Nouveaux Remèdes* du docteur Bardet.

Le docteur Morell Mackenzie conseille la poudre suivante :

Sulfate de morphine.....	o gr. 12 centigrammes.
Sous nitrate de bismuth.....	3 gr. 50 centigrammes.

A priser cette poudre dès le début du rhume, mais jamais plus de vingt-quatre heures.

Pour prévenir la bronchite, prenez le soir deux pilules formulées comme suit :

Extrait de jusquiame.....	} ââ 0.20 centigr.
Poudre d'aconit.....	
Calomel.....	} ââ 0,05 centigr.
Poudre d'ipéca.....	

Pour deux pilules.

Le lendemain, prendre à jeun une solution de tartrate de soude dans une infusion de séné.

—Le docteur Neswitsky recommande le traitement suivant : le soir en se couchant, et le malade ayant nettoyé le nez des glaires qui y sont accumulées, il introduit dans chaque narine avec le doigt (en fermant l'autre) un morceau d'ouate saupoudrée d'iodoforme. Le malade doit respirer profondément et ne pas se moucher un certain temps, pour ne pas chasser l'iodoforme. Parfois il suffit d'une seule séance pour couper court à un rhume de cerveau au début. Pas de phénomènes secondaires fâcheux. Grâce au rhume, l'odeur désagréable de l'iodoforme n'est pas sentie par le malade.

Annales de Laryngologie

Remède contre la toux et les troubles de la respiration d'origine nasale (coryza, végétations adénoïdes) chez les enfants du premier âge.

Par LUBET-BARRON.

Acide borique.....	4 grammes.
Vaseline blanche.....	20 —

Mélez — Trempé dans cette pommade un pinceau de coton que l'on introduira dans l'une et l'autre narines, en ayant soin de diriger le pinceau directement d'avant en arrière, de façon qu'il suive la direction du méat et du cornet inférieurs.

Formulaire Mensuel

Traitement de l'incontinence d'urine.

Le Dr. Harkin pensant que l'incontinence d'urine pouvait être due à une congestion de la moelle allongée pendant la position couchée, a employé dans plusieurs cas les ventouses sèches ou scarifiées à la nuque ; ou bien un vésicatoire de 6 centimètres sur 10 qu'on place le plus haut possible sur la nuque. Ce dernier moyen a été le plus souvent employé et il a été très rare qu'on ait dû recourir à une deuxième application. Un seul vésicatoire a suffi pour amener la guérison.

(The Dublin med. Journal.)

NOUVELLES MEDICALES

De retour au pays.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que M. le Docteur de Laval, l'un de nos collaborateurs, vient de se fixer définitivement parminous.

Nous lui souhaitons beaucoup de succès.

Naissance.

En cette ville, le 1er mars 1892, l'épouse de M. le Dr S. Boucher, 1133 rue Ontario, a donné naissance à une fille, Adrienne-Jeanne-Philomène.

Nécrologie.

Nous apprenons avec douleur la mort du Dr C. T. Faribault de l'Assomption arrivée le 18 février. Il était le père du Dr G. B. Faribault, collaborateur à la Gazette Médicale, récemment arrivé d'Europe et établi en cette ville.

Bibliographie.

L'Album des Centres nerveux de MM. DEBIERRE et DOUMER, se compose de 48 figures schématiques, avec légendes explicatives; il rendra les plus grands services aux étudiants en médecine pour étudier ou repasser rapidement les différentes vues d'ensemble et les coupes classiques du cerveau. Le prix très modique de cet album permettra de le prendre comme complément de tous les cours d'anatomie et particulièrement de *l'Album stéréoscopique des Centres nerveux* des mêmes auteurs, chacune de ses figures correspondant à une des préparations représentées dans les photographies stéréoscopiques (Félix Alcan, éditeur, 1 vol. in-12 broché, 1 fr. 50.)