

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

TRAVAUX ORIGINAUX

Les épileptiques et les asiles publics d'aliénés dans la province de Québec,

PAR LE DR GEO. VILLENEUVE.

Il n'existe pas d'assistance publique pour les épileptiques dans la province de Québec et la philanthropie ne leur a pas encore élevé d'établissements spéciaux.

Les hôpitaux les refusent parce qu'ils sont incurables et qu'ils occupent des lits mieux employés à l'hospitalisation de malades qu'un traitement médical ou chirurgical, institué à temps peut rendre à la santé et à la vie active. C'est la conservation des forces vives de la nation. Les hospices, les maisons de refuge ne veulent pas leur accorder l'hospitalité, parce qu'ils troublent le repos des salles et que leur infirmité impressionne péniblement les autres malades, ou bien parce que cette classe de malade ne répond pas à leur destination spéciale.

Certains épileptiques peuvent vaquer à leurs occupations, arriver même aux honneurs et à la richesse ; mais pour la plupart, ils sont incapables de pourvoir à leur existence, par la nature même de leur maladie, qui les éloigne d'un grand nombre de métiers et de professions. Renvoyés des ateliers, établissements de commerce, bureaux publics, etc., où leurs attaques sont une cause de désordre et d'effroi, les épileptiques finissent par tomber à la charge de leurs parents, ou dans le domaine de la charité publique, réduits à mendier leur pain et à s'abriter sous un toit de hasard.

C'est alors que les parents, les amis, les pouvoirs publics cherchent à obtenir leur internement dans les établissements d'aliénés qui paraissent être leur seul refuge.

C'est en effet le seul asile qui ait été ouvert jusqu'ici aux épileptiques.

Cependant, nous allons voir que beaucoup d'entre eux n'ont pu être admis que par une interprétation abusive ou arbitraire de la loi, en leur donnant l'étiquette d'aliénés, soit pour les hospitaliser, avec leur consentement, soit pour débarrasser la voie publique, en les privant de leur liberté.

Citons l'article 3195 des statuts refondus de Québec, (55 56 Vic., chap. 30, sect. 1) :

" 3195. — Peuvent être admis dans les asiles d'aliénés aux frais du " gouvernement, des municipalités de cité ou de ville incorporée, ou " de comté :

“ 1. Les aliénés qui n'ont pas par eux-mêmes, ou par les personnes
 “ tenues par la loi à leur fournir des aliments et des soins, les
 “ moyens de payer en tout ou en partie le coût de leur entretien, de
 “ leur séjour et de leur traitement dans un de ces asiles : 2 Les
 “ idiots ou imbéciles, lorsqu'ils sont dangereux, une cause de scan-
 “ dale, sujets à des attaques d'épilepsie, ou d'une difformité mons-
 “ trueuse et sont incapable de payer leur entretien, leur séjour et
 “ leur traitement en tout ou en partie.”

Ainsi la loi ne parle de l'épilepsie que pour en faire une condition sous laquelle les idiots ou imbéciles peuvent être admis. Donc, d'après la loi, les aliénés seulement peuvent être admis dans les asiles publics d'aliénés. L'épilepsie étant une maladie nerveuse et non une maladie mentale, les personnes atteintes de cette affection ne peuvent être admises que s'il y a coexistence d'une maladie mentale ou s'il existe des troubles cérébraux sous la dépendance de l'affection nerveuse et en relation directe avec elle.

Cette dernière condition est réalisée lorsque les épileptiques sont pris, immédiatement avant ou après l'attaque, d'impulsions inconscientes et irrésistibles qui les poussent à des actes dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

Il en est ainsi du délire spécial produit parfois par l'épilepsie, délire plus ou moins prolongé, survenant avant ou le plus souvent après l'attaque, au cours duquel le malade commet inconsciemment des actes désordonnés, délictueux ou criminels, et fait des fugues. Quelquefois c'est un épisode furtif que perçoivent à peine les personnes présentes, mais il peut avoir une durée beaucoup plus longue. Il faut lire à ce sujet les observations très intéressantes d'automatisme ambulatoire rapportées par les auteurs. Le caractère commun de ces manifestations (impulsions et délire), et indispensable pour les classer dans l'aliénation mentale et l'irresponsabilité c'est qu'elles surviennent brusquement, se terminent de même, ne laissent après elles aucun souvenir et qu'elles sont inconscientes. En résumé, ce qui les caractérise, c'est la spontanéité, l'inconscience et l'amnésie. Cette distinction, utile au point de vue administratif, est indispensable au point de vue médico-légal.

Enfin, l'épilepsie amène parfois une diminution notable ou une déchéance des facultés intellectuelle et morales. Le malade, incapable de se diriger, peut être interné au même titre que les autres déments, s'il devient dangereux pour lui-même ou pour les autres.

En résumé, les épileptiques, en tant qu'épileptiques simples, ainsi qu'on est convenu de les appeler, ne peuvent être internés dans les asiles d'aliénés que s'ils sont impuissants, délirants ou déments, et qu'ils commettent de par ce fait des actes désordonnés, délictueux ou criminels, et compromettent ainsi leur santé, leur vie et la sécurité publique, ou deviennent une cause de scandale.

Tout épileptique simple interné hors ces conditions le serait

illégalement et arbitrairement, et pourrait réclamer sa liberté des autorités compétentes.

Si un délire toxique ou une vésanie s'associe à l'épilepsie, c'est ce délire ou cette vésanie qui doivent provoquer l'internement du malade, s'il y a lieu, comme pour les aliénés ordinaires.

Nous avons vu que les idiots ou imbéciles peuvent être admis lorsqu'ils sont sujets à des attaques d'épilepsie.

Il incombe au médecin auquel on demande un certificat d'aliénation mentale au sujet d'un épileptique, de bien observer les symptômes que présente le malade lors de ses attaques d'épilepsie, immédiatement avant et après, et d'étudier son état mental entre ses attaques. Il ne doit délivrer ce certificat que lorsque le malade tombe manifestement dans l'une des conditions énumérées plus haut.

A TRAVERS L'HOPITAL

Observation d'un cas de septicémie aiguë à la suite d'un traumatisme

Par le Dr A. ERMIER, interne en chef de l'hôpital N.-D.

Le 22 avril 189... nous avons dans la salle St Jean-de-Dieu, un pauvre malheureux que l'ambulance nous y avait apporté à la suite d'un accident dû à sa propre imprudence.

Monsieur A..., 50 ans, français d'origine, s'était embarqué à bord d'un train, à la gare St Henri, en route pour les Etats-Unis, lorsqu'il s'aperçut tout-à-coup qu'il avait fait erreur et voulut en descendre ; mais le train allait déjà à une assez grande vitesse. Se risquant toutefois, il sauta sur la voie ferrée et se fractura la jambe droite dans son tiers inférieur, à quelques travers de doigts au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. A l'examen en chef on remarque d'abord un raccourcissement du membre, le fragment supérieur du tibia a passé à travers les tissus musculaires et cutanés et apparaît en dehors de la plaie d'une longueur d'environ un pouce et demi à un pouce et trois quart. Les muscles et le périoste ne sont plus adhérents à l'os sur une assez grande surface. Le péroné est aussi fracturé un peu plus haut que l'est le tibia. La fracture du tibia est en biseau et il ne paraît pas y avoir plus de deux fragments. La plaie cutanée est transversale et longue d'un pouce et demi environ.

A en juger par le sang répandu sur le lieu de l'accident l'hémorragie a été assez abondante. Après avoir enlevé de la plaie, la terre, la cendre et les petits fragments de pierre qui s'y trouvaient, et cela avec une antiseptie rigoureuse, on procède à la réduction de la fracture et au pansement. Celle-là est assez difficile à maintenir vu le chevauchement considérable des fragments. On emploie l'appareil ordinaire à fractures, planchettes postérieure et latérales avec le bandage de Scultét. La plaie a été fermée avec des sutures en soie. On fait un pansement antiseptique avec une chaleur sèche.

23 matin.—Pendant cette première nuit, le patient n'a reposé qu'après les 2 hrs a.m., et avec les calmants. Bien que l'écoulement sanguin paraissait avoir cessé lorsqu'on a fait le pansement, il a continué encore assez pour pénétrer à travers le pansement. Ce matin à 8.30 hrs le thermomètre marquait 99° F et le pouls donnait 102 pulsations à la minute. Les douleurs sont tolérables. Il faut mentionner que depuis le moment de l'accident le moral du pauvre malheureux est très-affecté. Vers les 10 hrs a. m., d'après l'avis de notre chef de clinique, on défait le pansement. On observe alors un peu de rougeur et de gonflement du membre. On fait un nouveau pansement très antiseptique et on remplace les planchettes par un bandage plâtré circulaire.

Les fragments sont encore en juxtaposition. A 7 hrs P. M. le pouls donnait 110 pulsations et la température était à 101° F. Le malade n'a pas ressenti trop de douleurs durant la journée; ne prend que de la nourriture liquide. On le met sous l'influence de la Quinine à doses toniques seulement.

24 Avril.—La nuit a été assez bonne: les douleurs se sont calmées et le patient a reposé. La fièvre a baissé d'un demi degré, mais le pouls donne 126 pulsations. On ne touche pas au pansement. Il ne se passe rien d'anormal dans la matinée. Dans l'après-dîner vers les 3 hrs. le malade est pris d'un léger frison. On remarque aussi que l'appareil plâtré est traversé par le sang qui a repris à couler de la plaie. Le soir la température est à 103° et le pouls à 140. La figure est anxieuse, le moral ne se relève pas.

25 Avril.—Ce matin le pouls est à 152 et la température à 102½° F. mauvais faciès. Les orteils sont bleuâtres et froids; légère odeur fétide du liquide qui a suinté à travers l'appareil plâtré. On pratique des incisions à chaque bout de l'appareil pour libérer le membre en cas de gêne. Le soir la colonne mercurielle a baissé d'un degré et le pouls donne 142 pulsations à la minute. Vers les 8 hrs P. M. on enlève le bandage plâtré. Le bas de la jambe, à partir du siège de la fracture jusqu'aux orteils, était froid et bleuâtre, indiquant que les fonctions de la circulation étaient entravées. Au dessus de la fracture on voit de l'inflammation: rougeur et chaleur, mais peu de gonflement. On remet l'appareil de Scultet avec un nouveau pansement antiseptique.

26 Avril.—Durant la nuit le malade a reposé au moyen de calmants. Ce matin, le thermomètre marque 101½° F. et le pouls donne 136 pulsations. Le pied est complètement froid et insensible; couleur et odeur annonçant la gangrène. La septicémie a progressé rapidement. Vers les 9 hrs A. M. le membre commence à gonfler; on remarque une rougeur terne du membre plus accentuée et montant plus haut à la partie postérieure du membre, s'étendant de la fracture au creux poplité. A l'articulation du genou, on perçoit avec les doigts une fine crépitation cutanée.

Entre 11 hrs A.M. et 2.30 hrs P.M. la maladie a fait de très rapi-

des progrès, spécialement à la partie postérieure du membre ; la cuisse est envahie. La peau est d'une couleur cuivrée, par marbrures. Pas de fortes douleurs ; aspect général très défavorable—ne prend presque plus de nourriture. On continue toujours le même traitement stimulant et antiseptique. Enfin nous sommes en pleine période de septicémie aiguë. Vers les 3 hrs P. M. il y a consultation de plusieurs médecins et chirurgiens et aucun d'eux n'est d'opinion d'intervenir chirurgicalement vu le mauvais état général du patient et la marche progressive de la gangrène. On conseille une chaleur humide et antiseptique sous forme de compresses phéniquées au 1/100^e renouvelées souvent, sur toute la jambe et une partie de la cuisse. A la fin de l'après dîner le patient commence à délirer ; immédiatement on isole le malade et on lui donne le traitement.

A 7 hrs. P.M. température 101 $\frac{1}{4}$ ° F. pouls 140. Vers les 9 hrs. le délire augmente, le malade devient incontrôlable, il défait son appareil à 3 reprises et tente de se lever. On est obligé d'avoir recours à la camisole et on force les calmants. De 2 hrs. à 7 hrs. A.M. un peu de calme.

27 avril.—L'examen des urines, pratiqué ce matin, n'a rien révélé d'anormal. Temp., 101 $\frac{1}{4}$ ° F. pouls 134. Délire encore, mais plus calme que le jour précédent. Vers les 3.30 hrs. P.M. survient un violent frisson très prolongé, suivi d'un accès de délire furieux. Le soir la température est la même que ce matin et le pouls à 136. Délire un peu agité.

28 avril.—Cette dernière nuit à été assez bonne au moyen de calmants. La gangrène monte toujours dans la cuisse. C'est une véritable gangrène progressive ascendante. Etat général, très mal, pouls dépressible, petit, faible et vite ; arrêt des fonctions de la peau et des glandes salivaires. Depuis hier, on remarque de l'ictère des conjonctives oculaires et de la figure. Le patient semble depuis ce matin, avoir un peu conscience de ce qui se passe autour de lui ; il reconnaît son entourage. Vers 9 hrs. il raisonne même assez bien, mais il va toujours s'affaiblissant de plus en plus. Aujourd'hui tout le membre droit est envahi par la gangrène jusqu'au bassin ; crépitation gazeuse et aspect typique de la partie atteinte. Enfin vers 1.30 hrs. P.M. la mort a accompli son œuvre.

Mais ce qu'il y a de plus curieux à observer ici, c'est ce qui s'est passé après la mort, la manière dont la décomposition cadavérique s'est produite. A peine 10 à 12 hrs. après la mort on percevait la crépitation dans toutes les parties du cadavre, à l'exception du membre inférieur gauche qui était d'apparence normale. Les tissus étaient gonflés et marbrés. Enfin c'est le cas le plus caractéristique que nous ayons encore rencontré d'une septicémie aiguë, que nous pourrions encore qualifier de gangrène gazeuse ascendante.

Nous avons beaucoup regretté de ne pouvoir faire l'autopsie pour voir l'état des organes internes.

Montréal, avril 1895.

MEDECINE

Le sérum antistreptococcique.— Jusqu'à ces dernières années, le *Concours* s'est abstenu intentionnellement de parler des microbes, des bâtonnets, des virgules et des coques (strepto, staphylo, micro, etc.), ainsi que des études bactériologiques pures, pensant que les praticiens, ses lecteurs habituels, ne goûteraient guère cette cuisine trop spéculative et trop hypothétique. Mais aujourd'hui, comme l'a judicieusement annoncé notre collaborateur le Dr Jeanne, de Meulan, la bactériologie est sortie du domaine du laboratoire; elle est entrée dans la clinique, elle atteint même la thérapeutique. Dès ses débuts, elle a affirmé sa supériorité; déjà toute la France possède un sérum très puissant contre la diphtérie, tout praticien se trouve dans la nécessité absolue de connaître ce traitement et de savoir l'appliquer. Il n'est que temps pour chacun de se mettre au courant de ce progrès immense.

Déjà, un second sérum vient de nous être offert par le *Dr Roger*, et nous pouvons prévoir que d'ici peu, cette science féconde nous donnera bien d'autres moyens thérapeutiques, dont jusqu'ici on n'aurait pu soupçonner la puissance.

Donc, nous avons maintenant à notre disposition un second sérum thérapeutique, le *sérum antistreptococcique de Roger*. C'est à la Société de Biologie que M. Roger a fait connaître les résultats qu'il a déjà obtenus.

Le sérum est obtenu par l'inoculation à des mulets de cultures de streptocoques, c'est-à-dire de microbes de l'érysipèle, de l'infection puerpérale, etc. En somme, la méthode est à peu près la même que celle de Roux, pour la bacille de Loeffler, mais on se sert de mulets au lieu de chevaux.

Le sérum est injecté en assez grande quantité, comme le prouvent les observations de M. Roger, et amène promptement la guérison de l'infection puerpérale et de l'érysipèle.

Voici quelques faits que nous citons textuellement, d'après la *Presse Médicale* :

“ Dans une première observation, il s'agit d'une femme qui avait accouché en ville le 18 février; le lendemain de l'accouchement, la fièvre s'allumait et le 22 au soir cette femme entrait à la Maternité; la température atteignait 39 degrés. Le 23 au matin, elle était de 38°4; il y avait des lochies fétides; on injecta 26 centimètres cubes de sérum; le soir, la température remontait à 39 degrés; nouvelle injection de 20 centimètres cubes. Le 24 au matin, la malade se sentait mieux, et le 25, après deux injections de 20 centimètres cubes, la fièvre tombait, les lochies étaient inodores, l'état général excellent.

« Ce qui est frappant dans ces deux cas, c'est la prompte amélioration de l'état général, le sentiment de bien-être éprouvé quelques heures après les injections, le peu de durée de la convalescence.

Il était intéressant de poursuivre cette étude dans les autres affections streptococciques. Or, Roger et Charrin ont eu l'occasion de traiter un cas d'érysipèle survenu chez un enfant de trois semaines, qui pesait 2,600 grammes à sa naissance et était élevé à la couveuse. Quarante-huit heures après le début de l'érysipèle, qui occupait la lèvre supérieure et les joues, injection sous la peau de 5 centimètres cubes de sérum. Le lendemain, l'érysipèle avait diminué et, au bout de quatre jours, l'enfant était guéri. Son poids, qui était tombé de 2,780 à 2,600 grammes, remonta rapidement, et le 17 mars, il était de 3,000 grammes.

« Cette observation est d'autant plus intéressante que l'érysipèle des nouveau-nés, contrairement à l'érysipèle des adultes, est presque toujours mortel.

« Enfin, le sérum a été injecté à une femme qui vingt jours après l'accouchement, était atteinte d'une angine pseudo-membraneuse à streptocoques : la température oscillait entre 39°7 et 41°3 ; la quinine étant restée sans effet, le pouls étant rapide (148 pulsations à la minute), faible et irrégulier, les battements cardiaques ayant le rythme fœtal, on s'est décidé à injecter le sérum. La malade a reçu 60 centimètres cubes le premier jour, en deux fois, et 30 le lendemain ; trente six heures après la première injection, la température tombait de 41° à 38°3, et vingt quatre heures plus tard, elle revenait à la normale d'une façon définitive.

« Ces faits sont intéressants, parce qu'ils se rapportent à des formes différentes de l'infection streptococcique. S'ils sont trop peu nombreux pour justifier une conclusion touchant l'action curative du sérum, ils permettent du moins d'affirmer déjà son innocuité et autorise à en commencer l'usage dès le début des accidents.—*Le Concours Médical*.

Péritonites généralisées guéries par le traitement médical.—M. le professeur L. Revilliod, de Genève, rapporte dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (20 octobre 1894), six observations de péritonites généralisées médicalement guéries. La chirurgie abdominale, débute-t-il, empiète quelque peu dans le domaine médical et jette le scepticisme sur la valeur du traitement interne. Quelle que soit la péritonite en cause, la littérature de nos jours ne parle guère que de l'intervention chirurgicale, si bien que le jeune praticien, qui cherche à se faire une opinion par la lecture des travaux les plus récents, peut ignorer complètement qu'une péritonite puisse guérir sans opération.

En réalité, le traitement médical n'est pas une simple expectation que le chirurgien rend responsable de ses succès, il peut répondre à la plupart des indications et arrêter la maladie.

D'ailleurs, quand la chirurgie appelée à chercher le corps du délit, à l'extirper, à évacuer les liquides, à faire la toilette de la grande séreuse, a vu guérir le malade sans avoir pu réaliser aucune de ses indications, elle a inconsciemment réhabilité le traitement médical.

Les quatre premières observations citées par l'auteur sont d'origine intestinale. L'une d'elles fut suppurée, se propagea au diaphragme, à la plèvre, au poumon droit; une vomique survint, la guérison se produisit. Une intervention chirurgicale du côté du ventre ou même du thorax n'aurait eu d'autre résultat que de détruire des adhérences salutaires et détourner un courant spontané que le dénouement a montré favorable.

Un autre eut un début subaigu, de nature grippale. Une ponction évacua 700 grammes de pus infect indiquant probablement l'existence d'une perforation.

Le soulagement ne fut que momentané. Bientôt le ventre se ballonna de nouveau, la fièvre reprit, puis survint une débâcle de selles probablement purulentes. Le malade résorba ses clapiers, cicatrisa ses perforations et guérit.

Une dernière observation enfin a trait à une péritonite tuberculeuse à début subaigu avec épisodes aigus. On percevait au toucher des masses épiploïques, il y avait de l'ascite. La guérison arriva en trois mois.

Nous ne citons que les cas les plus graves parmi les six rapportés par l'auteur. Il ne faut donc jamais, dit-il, désespérer de la guérison de la péritonite.

Le traitement à préférer est l'abstinence absolue de toute alimentation autre que l'eau prise par cuillerées. Lorsqu'elle est tolérée, c'est une vraie puissance thérapeutique qui peut-être continuée plusieurs jours aidée par l'immobilisation de tout l'individu. Les sangsues, l'onguent, les cataplasmes, les fomentations calmantes, arrêtent le processus inflammatoire. Le calomel, l'opium, sont les seuls remèdes. L'ichthyol est le meilleur antiseptique. Et M. Révilliod termine par ces mots: "Croyons donc à la médecine."—*La Médecine Moderne.*

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude.—La dose à administrer étant arrêtée, au lieu de la faire prendre à des intervalles plus ou moins éloignés, en 24 heures, on la donne en une ou deux fois à une heure d'intervalle. Ce mode d'administration est d'une extrême simplicité, produit des effets plus sûrs et plus rapides et permet de recourir à des doses sensiblement moindres. Tandis qu'au début, me conformant aux conseils de G. Sée, je donnais couramment 8, 10 et 12 grammes pour obtenir des effets appréciables, aujourd'hui je me contente souvent de 4 grammes, rarement j'atteins 6 et, tout à fait exceptionnellement, j'arrive jusqu'à 8. Les faits sont incontestables, vous pouvez les contrôler tous les jours et

l'explication n'est pas difficile à en donner : comme vous le savez, le salicylate est éliminé par les urines, en même temps que par le foie et l'intestin. Sa présence est facile à constater dans les urines, où on en trouve des traces une demi heure après l'administration de la première dose et où toute trace a disparu moins de 48 heures après la dernière. Cela veut dire que l'élimination est très prompte et très active. Si donc la présence d'une dose déterminée est nécessaire dans le sang pour que l'effet thérapeutique soit obtenu, il faut donner une quantité sensiblement plus considérable à cause de l'élimination qui est constante et ne permet pas l'accumulation. On s'explique ainsi que la méthode des doses fractionnées donne des résultats moins prompts tout en nécessitant une plus grande quantité de l'agent médicamenteux.

La dose massive nécessaire, je la fais prendre de préférence le soir, pour que les phénomènes gênants (sueurs, bourdonnements d'oreilles, etc.) qui se produisent souvent après l'administration du salicylate, surviennent pendant la nuit et soient, par conséquent, moins remarqués.

Ce n'est pas tout, vous avez encore à vous préoccuper du mode d'administration. Assez souvent on donne le salicylate dans une potion assez étendue. C'est une pratique que je ne saurais recommander et je préfère le donner dans un sirop assez concentré ou mieux en paquets dans un pain azyme ; le malade n'en sent pas ainsi le goût et pourvu qu'il ait soin de boire aussitôt après une tasse de boisson quelconque, l'absorption est rapide. Chez certains sujets délicats dont l'estomac est peu tolérant, vous vous trouverez bien de renoncer à la voie gastrique pour adopter la voie rectale. Vous donnerez ainsi, à deux heures d'intervalle, en deux fois, la dose totale et les effets seront aussi prompts que par la voie gastrique. J'ai une grande expérience de ce mode d'administration et puis vous donner l'assurance qu'il est excellent et certainement le meilleur pour les malades qui doivent faire un long usage du médicament. J'ajoute, pour être complet, un petit détail qui a son importance : pour ces administrations renoncez aux irrigateurs ordinaires et usez de petites aëriugues d'une contenance de 25 à 30 grammes : vous ne serez pas ainsi obligés de donner de grandes quantités de liquide et la parfaite tolérance sera mieux assurée.

Quel que soit le mode d'administration adopté, voici ce qui se produit :

20 minutes, une demi-heure, quelquefois une heure après l'ingestion du remède, le malade éprouve un sentiment de malaise, son pouls est plus fort, sa face rouge ; il semble que sa chaleur redouble et il demande qu'on le découvre.

Après un temps dont la durée varie, les pores de la peau cèdent et une sueur abondante se produit sur la face et sur tout le corps. Cette diaphorèse est le signal d'un réel soulagement : non seulement

la tension et le malaise qui ont précédé disparaissent, mais les douleurs elles mêmes s'atténuent et le malade peut mouvoir ses membres, souvent même il peut se déplacer dans son lit ou s'asseoir. Cette sueur que suit un prompt soulagement cause au malade un vif plaisir et il s'endort pendant quelques heures pour la première fois depuis plusieurs nuits.

A ce moment on constate que le pouls est moins fréquent et la température abaissée de 1 à 2 degrés.

Le lendemain le malade accuse un grand bien être. Il n'est pas rare que les douleurs aient presque complètement disparu. Jamais on n'obtient un si prompt résultat avec les doses fractionnées. 24 ou 48 heures sont nécessaires pour qu'une sensible modification se produise. Suivant les effets obtenus la dose devra être continuée ou augmentée, le second, le troisième, le quatrième jour, jusqu'à ce que toute trace du mal ait disparu, encore faudra-t-il continuer le salicylate plusieurs jours après la cessation de la fièvre et de la douleur, à moins que le sujet n'ait éprouvé des troubles qui nécessitent sa suspension.

Voilà, Messieurs, les règles que je vous conseille de suivre quand vous vous trouverez en présence d'un rhumatisme articulaire aigu. Plus il sera aigu, plus vous aurez l'assurance d'en avoir raison par l'emploi de cette méthode. — H. DESPLATS, in *Journal de Lille*.

Nouvelle méthode de traitement de la Tuberculose Pulmonaire.—

Le pouvoir infectant de la tuberculose pulmonaire a reçu par la découverte du bacille de Koch et par l'inoculation de ses cultures, la plus convainquante des démonstrations. La cause efficiente de la maladie est placée sous l'œil de l'observateur et celui-ci peut, de cette façon, en suivre pas à pas les effets chez les animaux sur lesquels il fait ses expériences.

On a basé sur cette connaissance théorique l'application pratique et l'on a nourri l'espoir qu'au nombre de tant de remèdes antiseptiques, il y en eût un qui, administré en temps opportun, eût la vertu de vaincre la maladie.

L'activité fébrile, qui a envahi les personnes les plus actives dans la recherche de l'antiseptique correspondant au but, est bien connue, comme aussi les vicissitudes que tant de médicaments expérimentés ont subies.

Cependant, dans l'insuccès presque général, la créosote tirée du hêtre s'est vantée des plus nombreux triomphes et a allégué les pouvoirs les plus efficaces. Mais il paraît évident à celui qui recherche avec un esprit calme en quoi consiste la bienfaisante influence de ce remède ou de ses dérivés, que c'est dans une action indirecte qui s'explique par la stimulation de l'activité cellulaire, d'où résulte la restriction des procédés phlogogistiques secondaires dans les poumons tuberculeux, par la désinfection de ces exsudations,

par le plus de facilité avec laquelle l'absorption se fait, contribuant avantageusement à la nutrition générale.

Donc aucune action directe sur le bacille, aucune action primitive sur le tissu tuberculeux.

La voie la plus directe pour faire parvenir aux poumons les substances médicamenteuses est certainement celle qui suit l'air inspiré et que l'on utilise en pratiquant les inhalations. Parmi les médicaments qui peuvent être inhalés dans le but d'obtenir une guérison, les substances volatiles à basse température, telles que les huiles essentielles, se prêtent admirablement. Elles ont des propriétés antiseptiques et l'huile essentielle de menthe poivrée, entre autres, les possède à un haut degré, comme le prouvent les études de Koch.

Mêlée à des liquides dans la proportion de 1 : 3000, elle arrête le développement des spores du charbon, ses vapeurs en tuent rapidement non seulement les bacilles, mais encore les spores.

Au mois de Mars 1888 le docteur anglais M. Léonard Braddon, publia dans le *Lancet* les résultats de quelques-unes de ces expériences sur l'action de l'huile essentielle de menthe poivrée, inhalée dans la tuberculose pulmonaire et dans la diphthérie, assurant qu'il avait obtenu des améliorations et même un cas de guérison dans chacune de ces maladies.

Il m'a semblé qu'une méthode de traitement dans laquelle on associerait à l'administration de la créosote ou de ses dérivés, qui limite le pouvoir toxique des bacilles, des inhalations d'huile essentielle de menthe poivrée, qui peut les tuer directement ou les faire disparaître, tandis que par une bonne nutrition on tâcherait de mettre l'organisme en état de résister au développement de la maladie, pourrait rationnellement s'appliquer dans la tuberculose pulmonaire.

En 1888, je commençai les premières expériences en soumettant les malades aux inhalations permanentes de l'huile essentielle de menthe poivrée et en leur administrant, par voie interne, une solution de créosote tout en pratiquant en même temps une abondante alimentation.

Les résultats remarquables et inespérés que j'obtins, me convinquirent profondément que la méthode était supérieure à toutes celles qui avaient été appliquées jusqu'alors. L'espoir devint une conviction qui accrut mon courage dans les recherches que je continuai à faire en prescrivant :

1o Que les inhalations d'huile essentielle de menthe se fissent par de profondes inspirations, en retenant ensuite un peu la respiration afin que l'air inspiré et mêlé aux vapeurs de l'huile essentielle de menthe eût un contact plus prolongé avec les parois des voies aériennes et leur contenu.

2o Que l'on ajoutât à la solution de créosote à prendre par bouche

une portion donnée d'huile essentielle qui absorbée par l'estomac, pût empêcher l'infection secondaire des voies digestives, que les crachats avalés peuvent provoquer, et exercer par conséquent son influence sur les poumons en secondant l'action d'huile essentielle de menthe inhalée.

J'ai remarqué que, de cette manière, les bacilles de Koch disparaissent plus facilement des crachats des malades, disparition constante d'après cette méthode, dans un espace de temps variable, chez mes malades *minimum* de 10 à un *maximum* de 60 jours. La toux diminue simultanément ainsi que la quantité d'expectoration qui de purulente devient peu à peu séreuse et muqueuse; les sueurs épuisantes disparaissent, la nutrition s'améliore par une augmentation de poids souvent considérable. La résonance normale de percussion des parties affectées redevient plus tard presque telle qu'elle était auparavant et le murmure vésiculaire physiologique se rétablit le dernier.

Quand il y a de la fièvre elle disparaît au bout de quelques jours; si elle persiste c'est l'indice de quelques complications.

Quarante trois cas de tuberculose pulmonaire m'avaient donné 37 cas de guérison quand je rendis publique ma méthode, concluant par les faits que par son emploi.

1o Les bacilles de Koch disparaissent toujours des crachats.

2o Tous les malades, dont le procédé tuberculeux est limité aux poumons guérissent parfaitement; actuellement plusieurs guérisons remontent à cinq ou six ans passés, époque assez éloignée.

3o Cette méthode de traitement simple et efficace est absolument inoffensive. Depuis lors de nouveaux malades traités de cette manière, ont donné de nouveaux cas de guérison.

Cette méthode a été bien accueillie dans presque toute l'Europe, les journaux médicaux s'en sont occupés à l'étranger. Les savants qui m'informèrent de leurs recherches sont nombreux comme aussi les malades qui, de biens des régions, mêmes lointaines, me déclarèrent qu'ils voulaient adopter cette méthode de traitement, et il y en a beaucoup déjà qui en apprécient l'application.

INSTRUCTION POUR L'APPLICATION DE LA MÉTHODE

Inhalateur.—Une simple petite pièce de toile, d'un décimètre carré environ, repliée plusieurs fois sur elle-même de manière à former un petit coussinet long de 5 et large de 2 centimètres, retenu sous les narines par le moyen de deux attaches cousues à ses deux extrémités et nouées sur le sommet de la tête, ou retenues au pavillon de l'oreille. Humecter le coussinet avec 4 ou 5 gouttes d'huile essentielle de menthe chaque 3 ou 4 heures. **TENIR LE COUSSINET A PERMANENCE JOUR ET NUIT.** Exécuter par les narines, en tenant la bouche fermée, de profondes inspirations, maintenir l'air inspiré et imprégné de menthe, le plus longtemps possible en contact avec

les bacilles contenus dans les alvéoles ou dans les cavernes pulmonaires. Après 6 ou 7 de ces profondes inspirations on se repose pendant un quart d'heure environ et l'on respire naturellement, toujours à travers le coussinet, ensuite l'on recommence de nouveau, et ainsi de suite, jusqu'au terme du traitement, en alternant les profondes inspirations avec les inspirations ordinaires. Dans le cas où le coussinet pût tomber ou se déplacer pendant le sommeil de la nuit, il faut mouiller chaque soir l'oreiller avec 15 ou 20 gouttes d'huile essentielle de menthe. Celui qui dort la bouche ouverte doit se procurer un inhalateur à réseau pour la recouvrir. Répéter chaque 8 ou 10 jours l'examen microscopique des crachats pour s'assurer de la présence des bacilles tuberculeux, de leur persistance et de la date de leur disparition ; examiner aussi le thorax, vérifier le poids du corps et tenir compte de chaque changement dans les conditions locales et générales.

Lorsque la maladie n'est pas encore très avancée et qu'elle permet encore à l'individu de vaquer à ses affaires hors de chez lui, j'ai trouvé très pratique un inhalateur qui consiste en un petit tuyau fait avec une plume d'oie et contenant une petite éponge ou bien un petit cylindre de toile imbibée d'huile essentielle de menthe et que l'on tient à la bouche en guise de cigarette ou de cure-dent. J'ai fait construire tout dernièrement un inhalateur spécial en argent qui permet à l'individu, dont les occupations le retiennent hors de chez lui, de continuer les inhalations. Il consiste en deux petits tuyaux, fermés d'un côté par un fond percé de petits trous pour le passage de l'air. Dedans on y met un petit morceau d'éponge, que l'on mouille avec une goutte d'huile de menthe tous les trois ou quatre heures. On introduit un tube de chaque côté et on les pousse au haut des narines. Il est tout à fait invisible et correspond pleinement au but.

Si le malade reste chez lui le coussinet vaut mieux.

Solution de créosote.—Créosote pure de hêtre gr. 8 (Carbonate de créosote gr. 12) alcool rectifié gr. 550, glycérine pure gr. 250, chloroforme gr. 20, huile essentielle de menthe gr. 8. Agiter chaque fois le flacon et en administrer une cuiller à soupe chaque 3 heures dans un demi verre d'eau sucrée pendant la journée. En même temps alimentation abondante et fractionnée : autant de lait que le malade peut en supporter, des œufs, des viandes rôties, des vins généreux, du marsala surtout, à la dose de 300 à 400 grammes par jour.

S'assurer que le traitement soit suivi scrupuleusement, surtout pour ce qui regarde les inhalations ; ne jamais abandonner le malade ni le renvoyer de l'hôpital avant la disparition complète des râles et le retour du murmure respiratoire, car les bacilles seront les premiers à disparaître des crachats. Malgré cela il faut continuer les inhalations même après la disparition des bacilles tuberculeux en se limitant toutefois, dans ce cas, aux inspirations ordinaires et en laissant les profondes.

Quelquefois il est nécessaire de passer quelques mois, pendant la saison chaude, dans une région montagneuse pour compléter la guérison.

Il est bon de continuer le dit traitement (pendant un mois au moins) quelque temps après la disparition de tout symptôme morbide.

Le premier jour on peut graisser les naives avec de la vaseline pour empêcher l'action irritante du contact de l'huile essentielle de menthe.

Pendant les premiers jours de ce traitement les profondes inspirations paraîtront désagréables, mais cela disparaîtra dans la suite.

Dans le cas où la solution serait trop concentrée pour certains malades, on peut le diluer dans un verre d'eau que l'on prend peu à peu.

Il est nécessaire que ce traitement soit suivi *exactement*. dans le cas contraire on ne répond pas du succès.

Les manières de traitement peuvent subir de légères modifications suivant les cas.

Il va sans dire qu'il est nécessaire de poser un diagnostic précis de la tuberculose pulmonaire, tout particulièrement pour la présence des bacilles de Koch dans les crachats, par le moyen d'analyses microscopiques, répétés au besoin.—G. M. CARASSO in *Le Petit Médecin des Familles*,

L'ivrogne et ses traitements (1).—Le Dr Browson, indépendamment du Dr Chapman, a étudié ce traitement et donne la formule du "dope" et du "shot" exactement de la même manière. Puis il ajoute :

On dit qu'ils peuvent avoir toute la boisson qu'ils désirent. Si le patient demande un verre de whiskey, on le lui donne, mais au lieu d'une injection de nit. de strychnine, il en reçoit une d'apomorphine, de un dixième de grain ; il va s'en dire que le whisky le rend malade. Il est incapable de retenir son breuvage favori et il écrit à ses amis des récits chaleureux sur le grand changement qui s'est opéré en lui et sur la nouvelle vie qu'il mène, depuis qu'il a subi cette cure merveilleuse, laquelle, il en est persuadé, ne saurait avoir pris naissance, tel que M. Keely le disait lui-même dans une récente lecture qu'il faisait ici, que par un ordre divin.

Sur le point principal les deux observateurs sont d'accord. C'est la méthode et non les moyens, qui a en apparence accompli des merveilles. Mais d'après mon observation, il est rare que de telles cures durent plus de six mois ; sans doute il y a des exceptions. On persuade ces patients et ces derniers croient qu'ils sont radicalement guéris et qu'ils peuvent affronter la tentation ; mais tôt ou

(1) Suite et fin. Voir livraison d'avril.

tard, ils trouvent par une amère rechute, à un moment imprévu, qu'ils ont été trompés. N'est-il pas facile de voyager sur un chemin difficile, avec des compagnons de même caractère, surtout si tous s'accordent sur tous les points ? Et n'est-il pas difficile de faire ce même trajet entièrement seul ? Mais le pays est maintenant rempli de récidivistes, ce qui prouve la fausseté de la théorie de cette maladie. Les gens voient les résultats actuels pour eux-mêmes, et des propriétaires d'instituts de toutes espèces se sont eux-mêmes trouvés trompés.

Je rapporte ici l'article du Dr Breeô sur le "Traitement de l'alcoolisme par le nitrate de strychnine en injection hypodermique." Il diffère d'opinion avec les deux derniers auteurs mentionnés, et ses observations démontrent ce que ce médicament seul peut faire. Je me range à l'opinion du docteur pour vanter les vertus de ce remède et suis de tout cœur en accord avec sa conclusion que "il n'y a aucune raison pour que le public, qui met journellement sa vie entre nos mains, soit obligé d'offrir des sacrifices sur la chaise du charlatanisme, quand ces patients peuvent être traités privément, sûrement et efficacement par aucun médecin de famille et éviter ainsi la publicité, le danger, et les dépenses.

Il y a une autre sorte de remède en circulation. Cette méthode est celle par réduction graduelle, prenant de deux à six mois pour une cure. Elle a au moins le mérite de ne renfermer aucun ingrédient dangereux. L'effet moral est obtenu par un procédé propre au charlatan.

Une troisième classe renferme seulement des succédanés également asservissants, et cependant le patient est délivré de son vice original, il est l'esclave de son antidote. Nous ne pouvons que condamner de tels hommes et de telles méthodes. De ces trois sortes de cures nous pouvons retirer une leçon profitable. Toutes elles suivent le patient avec une minutieuse attention et lui prescrivent avec soin et avec détail.

Une quatrième méthode, presque, sinon complètement oubliée, consiste à produire une révulsion physique en saturant les aliments et les breuvages, avec le stimulant habituel. Ce traitement est presque sans succès. Je crois que nous pouvons en trouver la raison dans les écrits d'un de ses plus fervents défenseurs. Dans l'introduction du livre du Dr F. H. Hubbard, intitulé "Opium Habit and Alcoholism" il dit : "Nous ne devons pas nous en rapporter à l'aspect moral de notre sujet." N'est-ce pas là, la véritable place où le révulsif aurait dû être appliqué ? N'est-ce pas là qu'a commencé la maladie ?

Faisons mention d'un agent purement moral, que des auteurs modernes disent très efficace. Je veux parler de la suggestion hypnotique.

Forel (*Wood's Medical and Surgical Monograph*. Vol V No 1)

rapporte la guérison d'un ivrogne incorrigible âgé de 70 ans. La cure dura deux ans ou jusqu'au temps de la publication de l'article. Le patient cependant, vivait tout ce temps chez le médecin, ce qui porte certains gens à poser cette question : Aurait-on obtenu le même résultat autrement ? Forel recommande encore cette méthode contre les mauvaises habitudes de toutes sortes.

Kingsbury (*Wood's Medical and Surgical Monograph*, Vol XII No 2) rapporte une cure de neuf mois de durée ; l'hypnotisme, cependant, n'était employé qu'à intervalles. Il rapporte deux autres cas, dont un est remarquable par ce fait, qu'après la première séance tout désir pour l'alcool disparut, quoique le patient eut été un buveur invétéré pendant dix ans. Malheureusement ici s'arrête sa statistique. Il rapporte aussi deux cures d'autres perversions morales.

Dans le *Medical News* (Mars 31, 1894) nous lisons un intéressant article de Bushnell, assistant chirurgien de l'armée des États-Unis sur l'emploi de l'hypnotisme dans l'alcoolisme chronique. Et tandis que ce moyen seul a entre les mains, la même action de toutes les autres méthodes, cependant ses observations démontrent toujours des récives. Pour ma part, je crois que c'est un moyen qui sera universellement employé comme adjuvant d'une grande valeur à la guérison de l'ivrognerie.

Des dentistes de réputation, tel que le Dr Fillebrowne, de Boston, et d'autres exécutent des opérations de dentisterie sans douleur au moyen de cet agent (*Dental Cosmos*, September, 1893, p. 985) et on rapporte qu'un chirurgien non moins distingué, le Prof. Senn, de Chicago, l'emploi comme anesthésique et avec succès. Ce remède moral, évidemment très efficace, mais peu compris, devrait être profondément étudié. Aussi mettons tout préjudice de côté, et s'il est reconnu efficace, donnons en le bénéfice aux victimes des liqueurs enivrantes et des médicaments. Nous voquons sur l'immense océan du vrai éclecticisme et nous ne pouvons refuser d'employer le bon là où nous le trouvons.

Enfin, je mentionne ici une autre cure, c'est la conviction religieuse ; et je ne connais pas de révulsif moral plus puissant et plus durable que celui-ci. Nous avons tous observés des cures de ce genre et je puis dire, après trois ans et demi d'honnêtes recherches pour le meilleur remède, que c'est le seul dont les effets sont durables ; en d'autres termes, qui prévient la récive. Cette dernière est une règle avec les autres remèdes, mais non avec celui-ci, et la majorité des médecins prouve que la théorie du prédicateur est juste. Ce remède est aujourd'hui plus impopulaire que jamais, mais il est aussi efficace que quand Naaman l'employa. Comme médecins nous pouvons, sans doute, concevoir que la *vis médiatrix naturale* s'occupe de la cure physique dans ces cas, et de même dans ceux traités par l'hypnotisme ; mais après tout c'est là l'agent principal, qu'il soit reconnu ou non, le plus efficace dans toutes les cures.

Après une courte expérience avec cette sorte de patients, je suis d'opinion que l'ivrognerie est curable si l'ivrogne veut être guéri. Mais il faut être certain qu'il veut cesser, jusqu'au point qu'il se laisse guider par nous longtemps après qu'il a abandonné son habitude. Souvenez-vous qu'il ressemble à un enfant malade quand il rompt son habitude pour la première fois ; qu'il doit être protégé et guidé comme tel. C'est ici qu'est l'écueil, et pour le médecin et pour le patient, surtout si ce dernier a une apparence physique vigoureuse. C'est maintenant qu'il faut le tenir occupé à quelque emploi hygiénique et qu'il faut le prévenir de se tenir constamment sur ses gardes contre la prochaine dose.

Les remèdes secrets n'ayant aucun avantage sur les médicaments non secrets, leur emploi *secret vis-à-vis* du patient est absolument nécessaire, et une minutieuse et prompte attention à tous les détails inspire sa confiance et assure le succès.

Quoique nous fassions, nous devons être attentifs à ce que notre influence morale suive une bonne direction ; toujours se rappeler que la cure médicale n'est qu'une demi-cure ; que nous traitons une double affection — le péché et la maladie — et que nos remèdes, quoique de puissants adjuvants, ne sont au reste que des palliatifs. Ne mettez jamais un entrave aux enseignements du prédicateur en prétendant que cette habitude n'est qu'une maladie. La théorie de maladie est populaire chez ceux qui trouvent difficile de briser leur habitude, mais elle est aussi une excuse à d'autres pour continuer à vivre dans le vice et la débauche. Le remède du prédicateur est toujours nécessaire pour compléter la cure. Nous devons enseigner à ces patients de toujours se tenir sur leur garde contre les accidents des liqueurs et des médicaments qui sont encore à venir ; nous devons alors leur enseigner le lieu d'une protection certaine quand ces accidents surviennent, aussi comment acquérir de nouvelles habitudes pour faire place aux anciennes.—*Gaillards Medical Journal*

CHIRURGIE

Désarticulation de la hanche.—Il est rare de voir un chirurgien avoir sept succès sur sept opérations de *désarticulation de la hanche*. C'est cependant ce qu'a obtenu M. PAUL, et il nous retrace ses observations dans *The Lancet* (1895, p. 214).

Il procède de la façon suivante : il taille, de dehors en dedans, un grand lambeau antérieur ; désarticule et taille ensuite un petit lambeau postérieur. L'artère fémorale a toujours été liée tout d'abord, afin de réduire l'hémorragie au strict minimum. M. Paul attribue le succès de l'opération au soin particulier qu'il apporte à prévenir une perte de sang appréciable, et dans ce but il se loue beaucoup du tourniquet d'Esmarch, qu'il maintient en place au moyen de deux bandes de calicot placées à cheva' sur l'épaule et la hanche, du côté opposé à l'opération. Le tourniquet est enroulé au dessus des bandes de calicot et autour de l'os innominé, au dessus de la crête iliaque en avant et de la tubérosité de l'ischion en arrière ; puis les extrémités libres des bandes de calicot sont fortement tendues et nouées sur l'épaule et sur la hanche. Avec un petit bandage roulé, poussé sous le tourniquet, au niveau de l'artère iliaque, la perte de sang n'est pas plus considérable que dans l'amputation de la cuisse, et il n'y a pas de raison pour que les résultats ne soient pas aussi bons. Il convient d'ajouter que les opérés de M. Paul étaient, pour la plupart, des enfants ; deux avaient quarante et vingt ans ; les cinq autres avaient de huit à douze ans.—*L'Union Médicale*.

Le massage dans les fractures.—Il y a 5 ans, nous donnions une analyse d'un "important travail," disions nous, intitulé : Le massage et la mobilisation dans les fractures, par M. Lucas Championnière, in 8° de 48 pages.

Ce travail nous revient aujourd'hui augmenté, embelli, illustré, paré de tout le luxe que la maison Rueff introduit depuis quelque temps dans la librairie médicale. Il n'y a certes pas à s'en plaindre. Cela orne les bibliothèques et fait plaisir aussi, sollicite l'attention, enlève la fatigue des yeux.— Pour l'éditeur, je pense aussi que ce luxe attire la confiance.

Mais ce n'est pas de l'éditeur que je veux parler, c'est de l'auteur. Au lieu du modeste fascicule de 1890, très condensé il est vrai, M. Championnière nous donne aujourd'hui un gros volume grand in-8° de 564 pages, avec 66 gravures dans le texte.

Ce qui pouvait paraître autrefois un peu obscur dans ses descriptions est aujourd'hui développé avec tant de détails que tous ceux qui auront lu ce livre connaîtront surabondamment les idées et la pratique de l'auteur.

Nous disions il y a 5 ans que c'était une révolution qui nous était proposée. M. Lucas Championnière, qui, je crois, s'est lui-même traité quelque part de révolutionnaire, consacre sa préface à revendiquer hautement et justement pour lui seul la conception et l'application des principes qui l'ont conduit à cette méthode nouvelle.

Non-seulement il fait table rase des aphorismes ancrés dans les esprits de toutes les générations chirurgicales sur la nécessité d'une immobilisation aussi absolue que possible, mais il les combat avec une vigueur et une tenacité qui démontrent à elles seules son absolue conviction. Cette immobilisation, souhaitée, recherchée en vain par nos ancêtres, nous la tenions *enfin* depuis 30 ans avec l'appareil plâtré, — et voilà qu'on nous brise nos appareils, qu'on les jette au loin comme inutiles et même nuisibles.

L'enseignement magistral s'honorerait de compter M. Championnière parmi ses titulaires, et j'imagine que nulle chaire ne lui conviendrait mieux que celle des *bandages et appareils*, à lui qui ne paraît travailler qu'à la démolir, et prend pour devise de son nouvel ouvrage : " Le mouvement, c'est la vie." La chirurgie antiseptique, la cure des hernies, la mobilisation des fractures : que d'appareils et de bandages devenu des rossignols ! Et quel renouveau dans un enseignement ainsi compris ! Car M. Lucas Championnière n'est pas seulement un révolutionnaire démolisseur — il rebâtit et solidement.

Depuis 5 ans, nous sommes entré le plus que nous avons pu dans la pratique de ces préceptes. Nous ne mettons plus beaucoup d'appareils plâtrés et nous n'avons pas, croyons-nous, à nous en repentir. Nous les laissons toujours beaucoup moins de temps et nous faisons pratiquer le massage par nos élèves sur beaucoup de fractures.

Si l'on veut bien lire attentivement le texte de l'auteur, on verra d'ailleurs que le changement radical dans la théorie n'exclut pas la prudence dans l'application. Il serait bien facile, mais souverainement injuste de crier à l'absurdité lorsqu'une théorie nouvelle a les allures d'un paradoxe — et c'est souvent le propre de toute théorie nouvelle.

Si le mouvement est utile dans les fractures, c'est le mouvement limité, prudent, imprimé par le chirurgien ou permis d'une manière fort restreinte, ce n'est évidemment pas l'usage du membre fracturé.

Si M. Championnière paraît faire bon marché de la forme, c'est pour montrer que cette forme importe peu pour le rétablissement des fonctions, et non pas pour permettre aux fragments osseux de perforer la peau. L'appareil plâtré n'est pas banni de nos cliniques : il est seulement réduit à un rôle plus restreint, plus modeste et plus court. Je crois suivre mieux le fond de la pensée de l'auteur que peut-être la forme de ses expressions en disant que, tandis qu'autrefois le massage et la mobilisation étaient destinés à corriger les conséquences fâcheuses de la fracture — et peut-être souvent de l'immobilisation — ces pratiques doivent être aujourd'hui adoptées aussitôt après l'accident et pendant la réparation.

Nous ne voulons point reproduire l'analyse du livre ; nous l'avons fait déjà, bien que très incomplètement—et d'ailleurs les détails sont d'une importance telle qu'il faut lire tout le livre, examiner toutes les figures, lorsqu'on ne peut être assez heureux pour assister à la pratique personnelle de l'auteur.

Est-ce à dire que nous pourrions appliquer toujours et partout ces principes, que le médecin praticien pourra traiter à peu près toutes les fractures suivant cette méthode ? Comme il y a 5 ans, nous continuons à en douter. On nous dit bien qu'un domestique intelligent suffit à continuer la première action du chirurgien. Mais dans nombre de cas, on n'aura sous la main aucun domestique ou parent intelligent et l'immobilisation est si facile, si commode, restreint dans une telle proportion les frais très lourds d'un traitement que l'application de la méthode Championnière restera forcément restreinte aux hôpitaux et aux malades riches.

Cela n'enlève rien à la valeur du livre ni au mérite de l'auteur. Nous faisons rarement des analyses de livres magistraux ; mais nous avons plaisir ici à saluer le vrai chirurgien, celui qui, après l'apostolat de l'antisepsie, s'intéresse aux minimes détails de la chirurgie courante. On a si peu l'occasion aujourd'hui de voir les plus habiles dans notre art s'intéresser à autre chose qu'à abattre un nombre fantastique de reins ou d'utérus !—A. CERNÉ, in *Normandie Médicale*.

Corps étrangers de la vessie.—L'étude de ces corps étrangers a été faite en grande partie lorsque je me suis occupé des corps étrangers de l'urèthre. C'est en effet par le canal uréthral que la plupart des corps étrangers pénètrent dans la vessie et ceux qui sont introduits directement dans cette cavité pénètrent assez souvent dans l'urèthre, où ils peuvent être arrêtés soit par un rétrécissement, soit par l'étréouissement relative de la région. J'ai dit aussi dans ce chapitre un mot de la *pylimiction* ainsi que de la matière sébacée et des débris osseux dus à un kyste dermoïde.

Certains auteurs ont classé les corps étrangers de la vessie de la façon suivante :

- 1o Flexibles, mous ou de petit volume ;
- 2o Longs, mais friables ;
- 3o Longs et résistants.

La position dans la vessie de ces corps étrangers est variable. Ceux des deux premiers groupes obéissent à l'action de la pesanteur ou se placent dans une situation quelconque. Quelques-uns flottent dans la vessie ou gardent une grande mobilité. Les corps creux, les bouts de sonde, par exemple, occupent presque toujours le fond. Ceux de la troisième catégorie, longs de 6 à 9 centimètres et à extrémités mousses, se placent *transversalement* et près du col (Henriet) parce que le diamètre transversal de la vessie est seul constant.

Une tige de plus de 9 centimètres ne peut pénétrer que lorsque le réservoir urinaire est distendu. Elle conserve ensuite une direction verticale ou oblique ou reste dans le diamètre antéro-postérieur.

Pendant leur séjour dans la vessie, les corps étrangers mous et flexibles se pelotonnent et se nouent (Guyon).

Les corps étrangers arc-boutés contre les parois vésicales peuvent produire une ulcération à leurs extrémités et quelquefois même perforer ces parois.

L'infection de la vessie est à peu près constante. Aussi la cystite est-elle très fréquente chez ces malades, surtout quand le corps étranger est offensif ou qu'il produit de la rétention.

Tous les auteurs insistent sur ce fait qu'au bout de peu de temps le corps étranger, quel qu'il soit, s'incruste de phosphates, surtout de phosphate ammoniaco-magnésien. Les objets de fer et de fonte s'incrustent plus facilement, dit on, que ceux de plomb, et s'ils sont allongés, tous ces corps deviennent fusiformes par suite du revêtement phosphatique. Mais la rapidité avec laquelle se dépose la couche phosphatique dépend surtout de l'infection vésicale. Dans les cas de catarrhe de la vessie, ces calculs secondaires se forment quelquefois avec une très grande rapidité.

Il s'agit parfois d'une véritable pétrification (Lavaux). Dans le cas publié en 1891, c'était un rétréci qui avait pratiqué le cathétérisme avec une jeune pousse d'arbre. Celle-ci se brisa dans le canal et le fragment postérieur pénétra dans la vessie, où il séjourna assez longtemps pour présenter les caractères qui viennent d'être rappelés. Ce corps étranger se trouve au musée de ma clinique.

Symptômes.—Certains corps étrangers de la vessie, disent les auteurs, peuvent rester plusieurs années dans cette cavité sans donner lieu à aucun trouble; mais en général, ajoutent-ils, au bout d'un temps plus ou moins long, apparaissent des signes fonctionnels analogues à ceux des calculs. C'est exact, seulement il me semble que ces cas sont plus rares qu'on ne l'a dit. Je répète que l'infection de la vessie est la règle et que la cystite, une cystite tenace, souvent très douloureuse, comme la cystite calculeuse, est la règle. Dans le cas que je viens de rappeler, il y avait des crises de ténésme vésical extrêmement douloureuses.

Marche.—**Durée.**—**Terminaison.**—L'expulsion spontanée des corps étrangers de la vessie est assez fréquente. On l'aurait notée 28 fois sur 87 corps étrangers d'origine traumatique: morceau d'étoffe, épingle, bougie conductrice, etc., corps ayant subi parfois l'incrustation phosphatique. Mais il n'est pas rare de voir ces corps s'arrêter dans le canal et produire les accidents qui ont été indiqués lorsque j'ai décrit les corps étrangers de l'urèthre.

Dans d'autres cas, les contractions violentes du muscle vésical sur un corps offensif produisent une ulcération, puis une perforation des

parois de la vessie et le corps étranger est expulsé, au bout d'un temps plus ou moins long, par cette voie artificielle.

Enfin, chez la plupart des malades, le corps étranger reste dans la vessie, où il devient habituellement très vite le noyau d'un calcul secondaire, et la marche de l'affection ne diffère pas de celle qui a été indiquée dans le chapitre précédent. Si l'on ne s'empresse pas d'intervenir, on ne tarde pas, en général, à voir survenir des accidents douloureux et infectieux graves, et les malades succombent.

Si l'on intervient, au contraire, la guérison est habituellement obtenue comme dans les autres variétés de calculs vésicaux.

Diagnostic.—Les commémoratifs, ainsi qu'on l'a fait remarquer, ont une grande importance pour le diagnostic ; mais il ne faut pas croire qu'il est toujours facile d'obtenir ces renseignements. Certains malades cachent soigneusement au contraire la cause de leurs souffrances. Il serait bon pourtant de connaître la nature, la longueur et la consistance du corps étranger.

Le diagnostic ne peut être fait que par l'exploration de la vessie, qui doit être pratiquée avec beaucoup de prudence et beaucoup de douceur, car les mouvements imprimés à un corps offensif peuvent être dangereux pour les parois vésicales. Elle doit toujours être précédée de l'exploration de l'urèthre. L'explorateur ordinaire doit être remplacé, quand il s'agit d'un corps mou, par un petit lithotriteur à mors plats. On a même construit des explorateurs spéciaux ayant la forme d'un lithotriteur. quand le corps étranger, si mince qu'il soit, empêche la fermeture exacte de l'instrument, une petite pédale met en mouvement une sonnerie à trembleur. Mais ces instruments peuvent faire commettre une erreur de diagnostic. Il est habituellement préférable de pratiquer cette exploration comme s'il s'agissait de la recherche d'un calcul.

La *cystoscopie* a rendu parfois de réels services pour diagnostiquer de petits corps étrangers de la vessie, des épingles à cheveux et des corps mous par exemple.

Pronostic.—Le pronostic des corps étrangers de la vessie est presque toujours grave. Il varie cependant beaucoup suivant la nature, le volume, la consistance du corps étranger, avec la possibilité de son extraction par les voies naturelles ou la nécessité d'une opération sanglante, avec l'état antérieur des voies urinaires, les complications, etc. . . . Le pronostic est très grave quand il y a perforation des parois vésicales et que la vessie est infectée. Chez la femme, quand c'est la paroi vésico-vaginale qui est intéressée, le pronostic présente cependant moins de gravité.

L'expulsion spontanée est également suivie parfois d'accidents graves quand les voies urinaires inférieures sont infectées, soit que le corps étranger s'arrête dans l'urèthre, soit qu'il produise un traumatisme de cet organe pendant son expulsion.

L'infection aggrave donc considérablement le pronostic des corps étrangers de la vessie.

Traitement.—Il ne faut pas trop compter en général sur l'expulsion spontanée des corps étrangers de la vessie. Certains auteurs ont cependant conseillé de dilater au besoin l'urètre et d'attendre quelques jours. Mais ils reconnaissent que les succès sont rares, et je répète que cette expulsion présente des dangers, lorsque les voies urinaires sont infectées, si le corps étranger produit une lésion des parois du canal urétral. Il faut donc avoir soin de rendre la cavité uréthro-vésicale aseptique tout en facilitant l'expulsion spontanée du corps étranger.

L'extraction par les voies naturelles est le procédé ordinairement employé ; mais les moyens auxquels on a recours varient suivant le cas. Si le corps est petit (perles, grains de plomb, etc. . .), on fait usage de l'aspirateur comme après le broiement d'un calcul. Lorsqu'il est friable et que les fragments ne sont pas de nature à blesser les parois vésicales, quand il s'agit d'un morceau de craie par exemple, on peut essayer de l'écraser avec un lithotriteur et faire ensuite l'aspiration. Certains bouis de sonde incrustés de phosphates peuvent être broyés et évacués de la même façon.

Quand il s'agit d'un morceau de verre et même d'une esquille osseuse, on doit au contraire renoncer à ce moyen et pratiquer la taille.

Pour la plupart des autres corps étrangers, on se sert habituellement d'un lithotriteur à mors plats. Si l'on échoue, on a conseillé de recourir à divers instruments spéciaux. Si le corps étranger peut être plié, on emploie un *plicateur*. S'il s'agit d'un objet allongé : morceau de bois, crayon, porte-plume, comme il est en général placé transversalement, on peut essayer de le sectionner avec le sécateur de Civiale ou celui de Caudmont, ce qui en facilite l'extraction ; mais aujourd'hui on préfère recourir à la taille.

On a essayé aussi d'extraire ces corps étrangers en entier en les faisant basculer et l'on a imaginé pour obtenir ce résultat des instruments ingénieux appelés *redresseurs* ou *basculeurs*. Mais que l'on emploie l'un de ces instruments ou un lithotriteur, il faut toujours arriver à saisir le corps étranger par l'une de ces extrémités. Il faut donc, la prise étant faite sur un point quelconque, ramener le corps étranger vers le col vésical, de serrer un peu les mors de l'instrument et tirer soigneusement à soi : le corps étranger glisse tout en étant saisi. Une fois qu'on le tient par une extrémité, on serre de nouveau les mors et on tente l'extraction (Caudmont). Le toucher rectal chez l'homme et le toucher vaginal chez la femme, peuvent favoriser le redressement et l'extraction de ces corps étrangers.

Pour extraire les épingles à cheveux, le crochet mousse enroulé de Collin peut rendre des services.

On conseille généralement de ne pas faire d'injections intravésicales, parce que celles-ci rendraient, dit-on, la préhension plus difficile en éloignant le corps étranger du col de la vessie.

Quand il existe des inscrustations phosphatiques, on a conseillé d'opérer en deux temps. On s'attaque d'abord au calcul par la lithotritie, puis on procède à l'extraction du corps étranger dépouillé de ces concrétions et ramené par suite à ses conditions premières (Guyon). Mais il est des cas dans lesquels ces procédés ne sont guère applicables, parce que le corps étranger est trop friable. On peut alors broyer le tout et recourir à l'aspiration; mais l'évacuation n'est pas toujours facilement obtenue. Dans le cas que j'ai publié, j'avais employé le procédé suivant, qui m'avait donné un excellent résultat, bien que le malade fût atteint en même temps d'un rétrécissement de l'urèthre. J'avais morcelé avec le litho-explorateur de M. Mathieu le corps étranger, j'avais comprimé fortement chaque fragment entre les mors de l'instrument et j'en avais pratiqué l'extraction.

Quand le corps étranger devenu le centre d'un calcul est métallique, M. Guyon conseille actuellement de faire la taille.

Quel que soit le procédé employé, il faut prendre après l'extraction du corps étranger les mêmes précautions antiseptiques qu'après la lithotritie.

L'extraction par une voie artificielle est parfois la seule possible. Certains auteurs conseillent aujourd'hui de toujours recourir dans ces cas à la taille hypogastrique. Cependant, quand il s'agit de corps étrangers petits, non offensifs, la boutonnaire périnéale est habituellement suffisante.

Chez la femme, il suffit, en général, de recourir à la dilatation forcée de l'urèthre et du col vésical pratiquée sous le chloroforme, pour extraire les corps étrangers de la vessie.

Je dois mentionner en terminant l'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme et surtout chez la femme à l'aide de la cystoscopie et de la pince endoscopique. C'est un procédé qui a déjà rendu dans certains cas de réels services pour reconnaître et extraire de petits corps étrangers, des épingles à cheveux, par exemple. On devra toujours y recourir chez la femme avant de pratiquer l'extraction par une voie artificielle.—J. M. Lavoix in *Chir. Contemp. des Organes génit.-urinaire*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Comment doit-on donner une injection intra-utérine?—Par le Dr L. TOUVENAIN (1).—Il n'est pas aussi aisé qu'on pourrait le croire de pratiquer une injection intra-utérine; c'est une véritable petite opération qui exige, pour être bien faite, des connaissances très exactes du conduit vagino-utérin. Aussi n'est-il pas inutile d'en bien préciser le manuel opératoire, en insistant sur les divers temps. Nous distinguerons deux cas : 1° Immédiatement après l'accouchement ; 2° pendant le post-partum.

A. *Injection intra-utérine après l'accouchement.*—Il est indispensable, avant tout, de spécifier dans quelles circonstances il convient de donner à l'accouchée une injection intra-utérine ; je considère, en effet, qu'il ne faut pas ériger cette habitude en principe et qu'il est inutile, voire dangereux, d'y recourir indifféremment dans tous les accouchements, comme le font quelques médecins.

L'injection intra-utérine est particulièrement indiquée lorsque l'on a été obligé de faire une délivrance artificielle ; dans ce cas, il est absolument nécessaire d'y avoir recours ; car en raison de l'introduction de la main dans la cavité utérine, on est en droit de redouter quelques complications possibles, quelles que soient les précautions antiseptiques que l'on ait prises. En second lieu, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie survenant après la délivrance, il est utile de donner une injection intra-utérine bien chaude pour tâcher d'arrêter l'écoulement sanguin. Voilà à mon avis, les deux seules circonstances qui justifient, au moment de l'accouchement, l'administration d'une injection intra-utérine.

Instruments et appareils nécessaires.—Comme sonde, on se servira indifféremment soit de la sonde de Budin, soit de celle de Doléris, qu'on aura, bien entendu, eu le soin de stériliser par le séjour prolongé dans de l'eau bouillante. On devra, en outre, avoir un injecteur-bock de deux litres au moins et un bassin en porcelaine de forme allongée, comme ceux que j'ai représentés dans mon *Manuel de la Sage-femme*.

Position à donner à l'accouchée.—La femme doit être dans le décubitus horizontal, la tête aussi basse que possible. On glisse sous son siège le bassin sans trop l'enfoncer, de manière à ce que ses bords ne gênent pas les mouvements de la sonde. Les cuisses sont tenues très écartées, à demi fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses.

1. Extrait de la *Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*.

Bien entendu, avant de procéder à l'introduction de la sonde, on fera un lavage vulvaire et une irritation vaginale avec la canule en verre.

Introduction de la sonde. — L'accoucheur se place à droite de la femme et introduit l'index et le médius de la main droite réunis en extension dans le vagin ; ces deux doigts cheminent jusqu'au col de l'utérus, puis le médius, tourné en haut et en avant, est doucement et profondément engagé dans le large orifice cervical, tandis que l'index recourbé à angle droit emplit le cul-de-sac antérieur cherchant à retroverser l'utérus.

A ce moment, la sonde, au préalable amorcée et tenue de la main gauche, est glissée sur le médius, jusqu'à ce que le bec touche la pulpe du doigt. Le médius soutient alors la sonde que la main gauche pousse doucement ; on éprouve bientôt une certaine résistance, c'est l'anneau de contraction qui s'oppose à la pénétration de la sonde : il suffit d'insister un peu, sans force, pour sentir cette résistance vaincue, la sonde a alors franchi l'anneau de contraction et a pénétré dans la cavité utérine. La main gauche doit à ce moment abaisser fortement la sonde vers le plan du lit, et ce seul mouvement suffit pour la faire pénétrer profondément.

Dès que la sonde est dans l'utérus, la main gauche de l'accoucheur vient s'appliquer à plat sur la paroi abdominale. Puis, la paume de la main appuyant fortement sur la corne utérine droite et la pulpe des doigts sur la corne gauche, la main jugera ainsi facilement de la distension possible de l'utérus et l'empêchera en comprimant modérément cet organe.

L'index et le médius restés dans le vagin apprécieront la moindre apparence de contraction et serviront de conducteur au liquide.

Il faut que, pendant tout le temps que dure l'injection intra-utérine, le récipient contenant le liquide ne soit pas élevé à plus de 30 à 35 centimètres au dessus du lit, de façon à ce que la pression ne soit pas trop forte et qu'on pratique seulement un lavage. Si une contraction utérine survient assez violente pour oblitérer le col et arrêter l'écoulement de retour, la distension n'est pas à redouter, car le liquide n'ayant qu'une faible pression, sera refoulé dans le récipient ; par mesure de précaution, on pourra néanmoins abaisser le récipient jusqu'au plan du lit, dès que les deux doigts restés en contact avec le col sentiront la contraction.

La durée d'une injection intra-utérine ne doit jamais dépasser dix minutes, et, dans tous les cas, on devra toujours s'arrêter avant l'écoulement complet du liquide du récipient ; en retirant la sonde, on irriguera le vagin de façon à empêcher l'entrée de l'air dans l'utérus.

B. *Injection intra utérine durant le post partum.* — Si l'introduction de la sonde est relativement facile immédiatement après l'accouchement, il n'en est plus de même dans les jours qui suivent, parce que

Le col tend à se refermer. Le plus souvent, dans les huit premiers jours du post partum, la manœuvre n'est pas beaucoup plus compliquée qu'au moment de l'accouchement, surtout si l'on a soin de corriger l'antéflexion utérine. Mais, au bout de huit à dix jours, l'opération devient plus difficile et assez pénible pour la femme. Il est, en tous cas, nécessaire de ne procéder différemment qu'après la délivrance.

Au lieu de laisser la malade couchée dans son lit, on la placera en travers, dans la position obstétricale, le siège débordant le bord du lit ; les membres inférieurs bien écartés seront soutenus par deux aides qui fléchiront autant que possible les cuisses sur le bassin. Après avoir procédé à l'évacuation de la vessie et à la toilette vulvo-vaginale, on appliquera deux valves, en ayant soin de commencer par l'inférieure et en plaçant ensuite la supérieure de façon à bien découvrir le col. On verra alors très nettement l'orifice cervical, et il sera le plus souvent facile d'introduire la sonde qui pénétrera dans l'utérus sans éprouver une trop grande résistance.

Dans le cas où l'on n'arriverait pas à entrer dans la cavité, on se trouvera bien de saisir, à l'aide d'une pince de Museux, la lèvre antérieure du col ; on pourra alors abaisser l'utérus facilement, surtout si l'on charge un aide d'appuyer sur le fond de l'organe. Une fois que le col est près de la vulve, on relève la pince à angle droit et on procède à l'introduction de la sonde.

Je préfère, quand je suis obligé de pratiquer une injection intra-utérine quelques jours après la délivrance, me servir de la sonde de Fritsch, dont la courbure rend l'introduction plus facile. C'est, d'ailleurs, toujours de cette sonde que je me sers lorsque je veux laver la cavité utérine en dehors de l'accouchement.

A ce propos, je crois utile d'indiquer la conduite que j'ai l'habitude de tenir après un curettage pratiqué après un avortement. Je considère que lorsqu'on est obligé de curetter une femme qui vient de faire une fausse couche et qui a de la fièvre par suite d'infection résultant de la rétention de débris placentaires dans l'utérus, je considère, dis-je, que ce serait faire une opération incomplète que de se contenter, dans les jours qui suivent le curettage, de pratiquer des injections vaginales ; il est nécessaire de faire quotidiennement un lavage de la cavité utérine ; et l'on sait combien rapidement le canal cervical se rétrécit dans ces cas et combien il est difficile de pénétrer dans l'utérus. Avec la sonde de Fritsch, la chose est rendue aisée, et je n'ai jamais éprouvé de sérieuses difficultés, grâce, je le répète, à sa courbure.

Telles sont les considérations que je voulais exposer sur le manuel opératoire de l'injection intra-utérine, opération des plus simples quand elle est exécutée suivant les règles et qui, au contraire, peut entraîner les plus graves complications, quand elle est faite par une personne inexpérimentée ; j'ai vu une fois une malade à qui

une sage-femme avait perforé le cul-de-sac de Douglas en poussant avec trop d'énergie une sonde qu'elle croyait bien avoir introduite dans le col.

Engorgement et abcès du sein pendant la puerpéralité, par S. Remy. — Le Dr Remy a observé à plusieurs reprises, lorsqu'il avait momentanément la direction du service de la Maternité de Nancy, qu'à certaines périodes il n'y a aucune inflammation des seins, tandis qu'à d'autres, un cas de mastite survenant est suivi bientôt de faits du même genre. L'auteur attribue ce fait à ce que, même dans les salles les mieux tenues, on a, pour ainsi dire, une culture de germes septiques qui n'atteignent pas une virulence suffisante pour déterminer de véritables accidents puerpéraux, mais capables d'amener de petites poussées fébriles passagères. L'auteur distingue ensuite deux espèces de mastite, suivant que l'inflammation se porte sur le revêtement cutané de la glande ou n'intéresse que le tissu propre de la glande. Le Dr Remy passe rapidement sur les accidents superficiels des seins, qui n'offrent d'ailleurs rien de particulier, pour aborder immédiatement l'étude des affections de la glande elle-même qu'il divise en : Engorgement simple du tissu glandulaire, qui se termine par une résolution. Engorgement suivi de la formation d'abcès. Enfin inflammation diffuse qui mérite bien le nom de phlegmon diffus. Voyons l'engorgement simple. A la suite de gercures et d'érosions et parfois en l'absence de ces lésions superficielles, on voit se former un gonflement local, portant le plus souvent sur la région inféro-externe du sein. Ce gonflement présente tous les signes d'une inflammation locale, c'est-à-dire est accompagné de douleur et de chaleur, ainsi que d'une forte réaction fébrile et des malaises généraux provoqués par la fièvre. Sur quelle partie porte l'inflammation? Le Dr Remy accepte pleinement l'opinion du professeur Budin, pour lequel l'élément noble de la glande serait seul intéressé, d'où la dénomination de galactophoromastite donnée à cette affection. Quant à considérer cette tumeur inflammatoire, comme le font d'ailleurs beaucoup de praticiens, comme une simple accumulation de lait dans les éléments glandulaires, il n'y faut pas songer. L'auteur, en effet, démontre par l'étude de la marche de la température, ainsi que des autres phénomènes généraux et locaux, qu'on se trouve bien en présence d'un *phlegmon simple du sein*. Grâce au traitement préconisé par M. Remy, la résolution est la règle même après le fris ou ; la suppuration est l'exception. Après des considérations fort intéressantes relatives à la marche de la température, ainsi qu'aux deux variétés d'abcès qui peuvent se produire, variétés basées sur le temps nécessaire à la formation du pus, l'auteur passe à l'étude du phlegmon diffus dont il décrit l'aspect et la marche. L'origine septique des abcès du sein est évidente, et la porte d'entrée des germes paraît être, dans beaucoup de cas, une gercure ou une érosion du mamelon. Mais ne peut-on pas se demander aussi si un organe, siège d'un

puissant afflux sanguin, arrivé au maximum de sa foaction, irrité du côté de ses mamelons, ne peut pas s'enflammer spontanément où, pour parler plus exactement, s'enflammer à la suite de la localisation de micro organismes contenus dans l'économie de cet organe en imminence morbide? La marche de la température parlerait en faveur de cette opinion. Avant de passer à l'étude du traitement, l'auteur examine et discute cette question si souvent posée : une femme qui a eu autrefois des abcès du sein, peut-elle nourrir à la couche suivante? Pour lui la réponse affirmative n'est pas douteuse. Le traitement préventif consistera en une rigoureuse antiseptie pour tout ce qui touchera de près ou de loin aux mamelons. L'inflammation, une fois déclarée, que doit-on faire? D'aucuns conseillent de vider le sein malade par un enfant et même par un enfant vigoureux ; cette pratique, outre qu'elle offre les plus grands dangers pour le nourrisson chargé de cette office, est d'une utilité fort contestable pour la mère, en ce sens qu'elle augmente la douleur et l'irritation par les froissements qu'elle occasionne et qu'elle provoque l'afflux sanguin et le travail de sécrétion, phénomènes qui *a priori* favorisent l'inflammation. Le mieux est, sitôt l'inflammation déclarée, d'avoir recours au procédé de M. Budin et, dans le cas où il ne réussirait pas, d'appliquer le traitement de M. Wolff ainsi formulé : Oindre le sein malade trois fois par jour avec la pommade de Levret :

Sous-carbonate de soude..... 4 grammes
Axonge.....30 —

puis le recouvrir continuellement de cataplasmes de farine de lin. Si malgré ces précautions, la collection purulente commence à se dessiner sous la peau, ouvrir largement.—PAUL PARISOT.—(*Rev. int. de méd. et chir. pratiques.*)

Traitement des manifestations nerveuses génitales chez la femme. par M. le Dr Jacobs (1).—Les manifestations génitales nerveuses, que nous considérons comme morbides chez la femme, sont des symptômes d'hypéresthésie douloureuse, qui, le plus souvent, ne sont que l'expression de telle ou telle lésion locale, mais qui cependant peuvent constituer par eux mêmes des symptômes cliniques suffisamment importants pour engager le praticien à instituer une thérapeutique spéciale dans le but de les amender.

Dans cet ordre d'idées, nous passerons en revue successivement le *prurit vulvaire*, le *vaginisme* et les *névralgies pelviennes*.

PRURIT VULVAIRE.—Il est constitué par une démangeaison intermittente ou continue, siégeant à la vulve (grandes et petites lèvres) et se prolongeant souvent au pourtour de l'anus.

(1) Policlinique de Bruxelles.

Ce prurit peut être tellement vif qu'il est une cause d'insomnie prolongée et constitue un état des plus pénibles pour la femme. Le grattage auquel il donne lieu dénature les lésions causales et détermine la masturbation, surtout chez les enfants, la nymphomanie; des troubles nerveux divers.

Il peut avoir une origine génito-urinaire, lorsque les propriétés irritantes de l'urine enflamment la muqueuse génitale, ou qu'une irritation analogue est produite par une affection génitale (écoulement ou action réflexe.)

Enfin le prurit vulvaire peut avoir une origine centrale, et dépendre d'une maladie nerveuse.

Nous voyons souvent le prurit anal concomitant au prurit vulvaire, les mêmes causes produisant les mêmes effets locaux, mais cependant les fissures et les hémorroïdes l'occasionnent le plus fréquemment.

Notre thérapeutique s'efforcera de modifier l'état général (diabète, hystérie, etc.)

Localement, nous essayerons : les lotions très chaudes et fréquentes, phéniquées (1,50 p. c.), les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent (1/20), avec la teinture d'iode fraîchement préparée.

Les lotions bijournalières avec :

R. alcool, 10 gr.
bichlorure de mercure, 2 gr.
eau distillée, 450 gr.

Dans l'intervalle de ces différents traitements, nous appliquerons de la pommade phéniquée 3/100—ou imbibés de la solution suivante :

R. chloroforme.
huile d'amande douce. } à à 20 gr.

Les nettoyages locaux au savon et à l'éther doivent être pratiqués journellement.

Il arrive qu'aucun de ces traitements ne donne le résultat attendu. On pourra recourir alors au courant continu (20 milliampères) ou à l'effluve électrique de 10 minutes de durée.

Dans le cas où l'intensité des troubles nerveux résiste à tout traitement, on sera autorisé à recourir à l'ablation des tissus atteints de prurit (clitoris, petites lèvres et parties internes des grandes lèvres).

VAGINISME.—Cette affection est caractérisée par une contracture spasmodique de la vulve et du vagin, accompagnée d'hypéresthésie douloureuse. Nous la rencontrons chez les femmes nerveuses, à tout âge, mais surtout au début du mariage.

Elle est occasionnée par les lésions produites par les tentatives de défloraisons brutales et répétées, la situation anormale de la vulve qui fait porter à faux les efforts du pénis, la résistance trop grande de l'hymen, une hypéresthésie congénitale de cette même membrane,

enfin l'excoriation des caroncules. La vulvo-vaginite, les exanthèmes qui occasionnent des érosions, des fissures et ulcérations, les tubercules sous-cutanés douloureux, certaines affections vésicales, anales et uréthrales, peuvent être le point de départ du vaginisme.

On a longuement discuté déjà à l'effet de savoir s'il peut exister un vaginisme sans lésions organiques. Les cas décrits par des auteurs tels que Sims, Lorain et d'autres, doivent nous en faire admettre la réalité ; cependant, dans un cas que nous avons observé et dans lequel l'absence de toute lésion locale ou éloignée devait nous laisser croire au vaginisme essentiel, nous avons cru pouvoir rapporter l'hypéresthésie douloureuse à une excitabilité excessive médullaire occasionnée par l'abus du coit. — La douleur qui précède la contraction est le plus souvent localisée en un point déterminé, elle peut être cependant diffuse. Survenant à l'occasion du coit, du moindre contact étranger, elle peut devenir à ce point intolérable qu'elle va jusqu'à provoquer la syncope. Dans l'intervalle des crises on observe du ténésme vésical, anal ou vaginal. La contracture qui suit la douleur comprend le constricteur du vagin, et souvent les muscles périnéaux. On a vu le spasme s'étendre à l'anus, aux adducteurs des cuisses, à tous les muscles du corps. Au bout de peu de temps, on voit les malades maigrir, irritables à l'excès ; certaines peuvent présenter ces perturbations mentales pouvant les conduire au suicide, à la folie.

Si nous parvenons dans la plupart des cas à amener une guérison rapide, il en est d'autres rebelles à toute thérapeutique. Aussi, notre pronostic sera-t-il réservé, d'autant plus que le vaginisme constitue une cause sérieuse de stérilité.

Nous conseillons l'abstention des excitations sexuelles, l'hydrothérapie, les toniques, les distractions.

Localement ; bains de siège, lavages à l'eau phéniquée (1 %), les onctions avec la vaseline phéniquée (3 0, 0).

De même que dans le prurit vulvaire, nous déconseillons la cocaine, qui n'a qu'un effet passager. Il en est de même de l'électricité dans le vaginisme.

Les fissures, excoriations vulvaires et vaginales seront guéries au moyen du nitrate d'argent, 1/20.

Le traitement le plus efficace, celui auquel nous conseillons de recourir rapidement, consiste dans l'excision, sous le chloroforme, de l'hymen, des caroncules, d'un polype uréthral et de la cautérisation immédiate des surfaces au thermocautère. La dilatation forcée jusqu'à résolution sera pratiquée dans la même séance.

Au bout de peu de jours, bains de siège bi-journaliers avec spéculum de bain de volume progressivement gradué.

NÉURALGIES PELVIENNES. — Nous entendons par cette dénomination des douleurs pelviennes permanentes sans lésions appréciables à l'examen.

Nous remarquons ces douleurs pelviennes, ordinairement chez les hystériques et les neurasthéniques, avec lésions minimales des ovaires ou des trompes (sclérose, dégénérescence microkystique, adhérences légères, déviations) ou bien *sans aucune lésion locale*.

Ces douleurs se produisent au col de l'utérus, aux culs-de-sac vaginaux ou à la vessie, avec irradiations aux membres inférieurs, aux lombes, au sacrum, à l'ombilic; elles n'offrent aucun caractère spécial, peuvent être continues, intermittentes, spontanées ou provoquées.

Leur traitement sera celui de l'hystérie, de la neurasthénie.

Les lésions minimales des régions douloureuses attireront évidemment l'attention du médecin et seront traitées localement. Le traitement chirurgical des névralgies graves et rebelles constitue encore un des chapitres les plus discutés et discutables de la chirurgie moderne. Les uns sont partisans de la cœliotomie, les autres de la castration utérine par le vagin, lorsque l'on a acquis la certitude que tout autre traitement conservateur ne peut amener d'amélioration.

Ce n'est pas aujourd'hui que nous discuterons les arguments en faveur des opérations radicales; mais nous tenons à prévenir nos confrères des résultats décevants de ces opérations; l'ablation d'organes douloureux, sans lésions, ne donne que rarement le résultat espéré. — *Rev. des maladies des femmes.*

La palpation abdominale chez les femmes obèses. — Le Dr Harris Slocum, médecin à la Polyclinique de Philadelphie, décrit une nouvelle méthode d'examen pour les femmes ventripotentes.

Il a trouvé une zone étroite à l'hypogastre où le panicle adipeux est toujours peu développé; elle est circonscrite par une ligne courbe s'étendant d'une épine iliaque antérieure à l'autre et courant vers le pubis. En appuyant l'extrémité des doigts sur cette région et en repoussant vers le haut le paquet de graisse qui entoure le nombril, on peut parfaitement atteindre les organes du bassin. Lui-même, vu son expérience en ce genre, arrive à palper une région plus considérable encore. Ce procédé ne donne aucun résultat lorsque la paroi abdominale est très tendue ou encore lorsque les intestins sont dilatés par des gaz. — *The Journal of the Med. amer. ass.*)

SYPHILIGRAPHIE

Étiologie et différentes formes cliniques des chancres de la face, par le professeur A. FOURNIER.—Le sujet que j'ai l'intention de traiter aujourd'hui est extrêmement important ; nous allons donc l'étudier avec toute l'ampleur qu'il comporte.

Le chancre de la face n'est pas bien commun ; en me rapportant à la statistique générale, j'en trouve 35 cas. Si nous prenons comme point de comparaison les chancres des lèvres, par exemple, nous verrons que ces derniers sont au nombre de 328.

Son siège.— Il peut siéger partout, mais dans l'ordre de fréquence, on peut classer les différentes régions de la façon suivante.

En premier lieu, il faut placer le *menton*, ensuite à une longue distance les *joues* ; en troisième lieu, le *nez*, et enfin le plus rarement le *front*.

Étiologie.—Comme tous les autres chancres, ceux de la face peuvent résulter de trois genres de contagion :

1) *Contagion directe.* 2) *Contagion indirecte.* 3) *Contagion médiate.*

Contagion directe.— Dans un très grand nombre de cas la contagion directe se fait par les organes génitaux ou par la bouche.

Ordinairement, c'est la femme qui est la source de contagion, plus rarement elle se fait de l'homme à la femme. Voilà pour les organes génitaux.

Mais c'est surtout par la bouche que la contagion se produit. Elle peut avoir lieu de différentes façons, mais le plus souvent par le baiser.

Il ne faut pas croire que c'est seulement le baiser d'amant, long et prolongé, qui doit être uniquement incriminé. Non ! Sachez bien que toute espèce de baiser peut être cause de contagion syphilitique.

—J'ai vu un fils affecter sa mère, un frère sa sœur.

Mais voilà un fait autrement suggestif.

Une jeune fille se marie ; vingt-huit jours après, on constate sur la joue une lésion sur le diagnostic duquel on hésite d'abord quelque peu : ces hésitations ne sont pas de longue durée : la lésion, qui semblait anodine, finit par présenter des caractères précis d'un chancre. Et en effet, il s'agissait d'un chancre syphilitique.

Le mari, absolument indemne, se livra à une enquête très fouillée, et cette enquête conduit d'une façon indiscutable au résultat suivant : La jeune femme fut infectée par une des nombreuses personnes dont elle avait subi les embrassements le jour de son mariage à la sacristie, suivant l'inepte usage que vous connaissez.

De tout jeunes enfants peuvent être contagionnés de la même façon.

En voici deux exemples.

Une petite fille de neuf ans est embrassée par son cousin, âgé de vingt ans ; quelques temps après, elle est atteinte d'un chancre.

Une nourrice est infectée par un nourrisson. Elle entre dans mon service. Immédiatement nous suspendimes l'allaitement de son enfant : nous lui défendime en même temps de l'embrasser. Pendant les quatre mois qu'elle resta à l'hôpital, elle suivit rigoureusement nos prescriptions. Elle sortit, et quelques temps après revint pour elle-même (de nouvelles plaques muqueuses) et pour son enfant. Elle obéit au désir bien nature ! — quelle mère y résisterait ? — d'embrasser son enfant et l'infecta.

Ce n'est pas tout.

Un enfant peut en affecter un autre.

Vous savez qu'ils aiment beaucoup à s'embrasser, voilà la première source. D'autre part, ils se prêtent mutuellement des jouets qu'ils ont tenu auparavant dans la bouche et qu'ils promènent ensuite sur leurs petites figures. J'ai vu des enfants de trois ans devenus syphilitiques, grâce à un jouet prêté.

La contagion directe peut se faire encore de trois façons :

1) Par la morsure ; 2) par la sputation ; 3) par la succion.

En voilà des exemples, un pour chaque genre :

Pour la morsure. — Un de nos malades se prend de querelle avec quelques ouvriers italiens ; il est mordu à la joue dans la rixe ; quelque temps après il est atteint de chancre !

Pour la sputation. — Un médecin absolument indemne et qui ne s'était exposé d'aucune façon à la contagion, reçoit sur la figure de la salive de son malade à qui il cautérisait des plaques muqueuses de la gorge. Chancre !

Pour la succion. — Un individu reçoit un fort coup dans la figure provoquant un ecchymose. Son ami lui propose de piquer la tumeur et de sucer le sang. L'opération a lieu. Malheureusement l'opérateur portait dans la bouche des plaques muqueuses et gratifia son ami d'un beau chancre.

Contagion indirecte. — La contagion indirecte peut se faire de différentes façons, par les doigts imprégnés de pus par exemple.

Voilà deux cas bien démonstratifs.

Un confrère examine un syphilitique et sans se laver les mains porte les doigts sur un petit bobo qui l'irritait et qu'il égratignait sans cesse. Résultat : un chancre.

Un autre cas a été rapporté par le Dr Dechapelle. Un ouvrier s'est blessé à la joue. Le même soir il touche la vulve d'une fille publique, et quelque temps après cet attouchement est atteint d'un chancre à la joue.

Contagion médiate. — Elle peut se faire n'importe comment et par n'importe quel intermédiaire : serviettes, éponges, etc.

Un père porteur d'un chancre de la verge se servait d'une serviette; son enfant, âgé de six ans, qui se servait du même linge, fut atteint de chancre.

Un homme présentant un gros chancre du menton couchait avec sa femme. Vous allez voir pourquoi j'insiste sur ce point; une nuit le pansement glissa et tomba sur sa femme, laquelle fut atteinte de chancre.

Le docteur Monnet a publié une observation encore plus intéressante.

Toute une famille, composée d'un père, d'une mère, et de trois enfants, vivait dans un misérable taudis. Un enfant est atteint de l'impétigo et transmet sa maladie à toute la famille: la mère qui n'était pas une vertu, prend la vérole. Elle la communique d'abord à son mari, ensuite à tous ses enfants, ayant l'habitude de les débarbouiller avec sa salive. Le plus jeune enfant a eu une syphilis grave dont il est mort.

Cette observation comporte deux enseignements. Elle montre d'abord que la syphilis se développe surtout sur un terrain propice (dans ce cas c'est l'impétigo): ensuite elle est un exemple frappant de contagion de famille.

J'ajouterai que ces contagions, tout en étant plus fréquentes dans les classes pauvres, grâce à la misère, à la malpropreté et à l'ignorance, se rencontrent assez souvent dans les classes élevées.

J'ai hâte d'arriver à un autre mode de contagion: par le rasoir. Les cas sont très nombreux.

Il est certain qu'on ne peut pas donner des preuves rigoureuses scientifiques de ce mode de contagion; mais deux circonstances plaident en sa faveur. D'abord la coïncidence de l'apparition d'accidents syphilitiques avec la séance chez le coiffeur; ensuite l'absence de toute autre cause.

Que le rasoir ne soit pas la cause unique de contagion, que le blaireau, les doigts y puissent jouer un certain rôle, je n'en disconviens pas; mais enfin, la rasure est une opération dangereuse, très dangereuse même.

Je vous ai déjà dit que les observations abondent; je vais vous en citer quelques-unes.

Un homme de 65 ans, ne s'étant nullement exposé depuis dix ans, se fait raser chez un coiffeur; quatre semaines après apparaît un chancre.

Un autre homme, qui avait l'habitude de se faire lui-même la barbe, étant en voyage, entre chez un coiffeur. Il remarque que la figure de son prédécesseur est couverte de boutons; il hésite quelque peu, mais se fait raser tout de même. Il est atteint de syphilis quelques semaines après.

Et comment voulez-vous qu'il en soit autrement! Est-ce que les gens qui sont atteints de syphilis ne vont plus chez le coiffeur! Pas le moins du monde.

Encore dernièrement, j'ai vu entrer dans mon service un homme atteint d'un chancre, et à ma question s'il se faisait raser chez le coiffeur, il répondit que le matin même de son entrée à l'hôpital, il était passé chez le coiffeur comme d'habitude.

Je pose maintenant deux questions : 1o Est-il possible que le rasoir ramasse des germes ? Sans le moindre doute. 2o Est-il possible que les germes soient transuis ?

Là encore vous pouvez répondre positivement. Rappelez-vous que la rasage par elle-même, sans parler des coupures qu'elle produit souvent, est, en somme, une abrasion de l'épiderme, et par conséquent ouvre des portes d'entrée innombrables.

La conclusion pratique à tirer de tous ces faits : Rasons nous nous-mêmes.

Enfin, dans bon nombre de cas, l'étiologie reste obscure, mystérieuse, il est absolument impossible de découvrir la cause. On a beau chercher, se livrer à des enquêtes minutieuses, on ne trouve rien, absolument rien.

Remarquez que la contagion peut résulter d'un hasard. Il suffirait à un syphilitique ayant des plaques muqueuses dans la bouche de cracher par la fenêtre, que ce crachat tombe sur une petite ulcération de la face d'un passant et ce dernier pourrait être atteint d'un chancre sans qu'il soit possible d'en déterminer l'origine.

Comme exemple de ces contagions mystérieuses, je vais vous raconter l'histoire suivante, qui, comme vous allez le voir, est vraiment intéressante.

J'étais appelé il y a dix ans, près d'un tout jeune collégien qui présentait sur la joue une lésion qu'il était impossible de confondre avec tout autre chose : c'était un chancre. Mon diagnostic s'est confirmé du reste, le collégien en question ayant eu toute une série d'accidents syphilitiques par la suite. Le père confessa son fils. Ce dernier déclara catégoriquement n'avoir jamais vu une femme. J'ai examiné tout l'entourage : les parents, les domestiques. Tous étaient absolument sains. L'enquête à laquelle se livra le père resta absolument muette. J'ai l'occasion depuis de rencontrer ce collégien qui a maintenant 27 ans et il m'affirme ne s'être jamais livré à une escapade quelconque. "Ce chancre, dit-il, m'est tombé du ciel."

Il me reste maintenant, avant d'aborder l'étude des formes cliniques du chancre de la face, de vous dire quelques mots de sa fréquence suivant l'âge et le sexe, et de son nombre.

Il est plus commun chez l'homme que chez la femme ; on le rencontre à tous les âges, mais plus fréquemment dans la jeunesse.

Chez les enfants, il est plus commun que tous les autres chancres, et cela s'explique par ce fait que les enfants embrassent et se laissent embrasser par n'importe qui.

Le docteur Rollet a relaté le fait d'un enfant ayant reçu un baiser d'une prostituée, contagionné lui-même; il transmet la syphilis à sa grand'mère et à sa mère.

Passons au nombre.

Le chancre du visage est *unique*; cependant, on rencontre de nombreuses exceptions. On peut en trouver 2, 3 et plus.

Une particularité intéressante à noter.

C'est le menton qui est surtout le siège de chancres multiples. On en rencontre jusqu'à 9.

On peut expliquer cette confluence par ce fait que les germes sont transportés par le rasoir.

Abordons maintenant l'étude des formes cliniques.

Nous en distinguons deux : 1) chancre croûteux : 2) chancre à découvert.

Chancre croûteux.—C'est une simple croûte brunâtre épaisse, solide. Cette lésion a déjà quelques caractères spécifiques que vous connaîtrez par la circonscription régulièrement ronde et surtout par la base indurée résistante.

Chancre à découvert.—Il peut se présenter sous deux aspects, étant simplement *érosif* ou *ulcéreux*.

Le chancre érosif est une érosion *effleurant le derme* sans l'entamer, sans bords, à surface lisse, de belle couleur rouge chair musculaire.

Le chancre ulcéreux entame profondément la peau : il est de couleur jaune ou jaunâtre. Cette lésion est circonscrite, de *configuration orbiculaire*. Le signe principal c'est *l'induration de la base*. Cette induration est très accentuée; on trouve rarement la variété folliculaire; le plus souvent on a la variété parcheminée et même parfois la base est beaucoup plus dure : *l'induration calleuse de Ricord*.—*Variétés* : Je vous signalerai tout d'abord *le chancre nain*. C'est un chancre tout petit, de volume de lentille environ; il est superficiel. J'ai observé un enfant de trois mois contagionné par sa nourrice qui présentait cette variété; la lésion persista 16 jours sans jamais dépasser le volume d'une lentille, mais fut suivie d'accident. *C'est une rareté*.

Le plus souvent vous rencontrerez les chancres de largeur d'une pièce de 50 centimes, de 1 franc, très rarement de 5 francs et tout à fait exceptionnellement plus grands que la paume de la main. Tous ces caractères ne présentent rien de particulier pour les chancres du visage; on en rencontre du même volume dans d'autres régions. Mais voilà quelque chose tout à fait spécial.

Très souvent vous verrez le chancre de la face *s'hypertrophier*. Vous aurez alors un chancre bombé surélevé faisant saillie, une véritable tubérosité.

Cette modalité est tellement spéciale à la face que sur 19 cas on en compte 14.

Le plus souvent ce sont les grands chancres qui sont hypertrophiés, bien qu'on puisse voir des chancres de moindre dimension qui s'hypertrophient et forment alors une petite saillie du volume d'une cerise par exemple. Mais ordinairement, je vous le répète, on a affaire à un *grand et gros* chancre.

Le relief de ces chancres ne présente pas toujours le même aspect; on en peut distinguer deux variétés: *le chancre en cabochon et le chancre en plateau.*

Chancre en cabochon.—Le relief présente une saillie constituée par une courbe irrégulière.

Chancre en plateau.—Ici la saillie émerge à angle droit pour s'aplanir aussitôt.

Le relief a ordinairement de 3 à 1 millimèt. d'épaisseur, rarement 1 cent. A la surface de ces chancres hypertrophiés vous trouvez des érosions, des dépressions et parfois de véritables ulcérations. Ne vous en effrayez pas trop. Ces chancres sont, suivant l'expression pittoresque de Ricord, *autophages*. En effet, les ulcérations se font aux dépens des tissus hypertrophiés, malades, et ordinairement ces chancres ne laissent après eux qu'une cicatrice insignifiante.

Je vous signalerai, en terminant, une variété très rare, mais extrêmement intéressante. Je veux parler du *chancre monstre*. Vous pouvez voir un bel exemple dans notre musée. C'est une pièce déposée par Arclat.

Sur le menton vous voyez deux chancres de volume de pièce de 5 francs ulcérés, gros, épais, faisant un énorme relief atteignant un centim. et demi d'épaisseur. L'impression première qu'on a, c'est qu'il s'agit d'une tumeur maligne, d'un épithélioma. Bien des personnes qui l'ont vu on fait ce diagnostic, et en effet il faut le nom illustre qui a signé cette pièce pour reconnaître la véritable nature de cette lésion.—*Journ. des mal. cut. et syph.*

FORMULAIRE

Ascite.

P.—Teint. digitale.....	2½	drachmes
Iodure de potasse.....	2	drachmes
Teint. opium camp.	4	drachmes
Sir. prunes Virginie.....	2	onces
Sir. scille.....	1	once
M.—Dose : 1 c. à thé toutes les 4 heures.— <i>LARAMÉE.</i>		

Epilepsie (Mixture de Brown-Séquard).

P.—Bromure potasse.....	1	once
Iodure potasse.....	1	drachme
Bromure ammonium.....	2½	drachmes
Bicarbonate potasse.....	2	drachmes
Infusion Colombo.....	6	onces
M.—Dose : 1 c. à thé 3 f. p. j. et 2 le scir au coucher.— <i>Hôpital Notre-Dame.</i>		

Blennorrhagie.

P.—Baume copahu.....	8	drachmes
Liq. potasse.....	4	“
Esp. térébenthine.....	3	“
Esp. éther nitreux.....	8	“
Poudre gomme acacia.....	4	“
Sirop simplè.....	6	“
Eau.....	4	“
M.—Dose : 1 c. à thé 3 f. p. j.— <i>Mixture de Lavoisier.</i>		

Après la délivrance (crainte d'hémorrhagie).

P.—Extrait fluide d'ergot.....	} à à	4 drachmes
Extrait fluide d'hydrastis canadensis.....		
Extrait fluide d'hamamélis virgin.....		
M.—Dose : 1 c. à thé 3 f. p. j. — <i>Practitioner.</i>		

Plaies de lit

P.—Alun.....	½	once
Blancs d'œuf.....	No 4	
Teint. camphre.....	2	onces
M.—Application locale.— <i>Bartholow.</i>		

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - **DR A. LAMARCHE.**

Rédacteur en-chef : **DR H. E. DESROSIERS**

MONTREAL, MAI 1895.

LE Dr H. E. DESROSIERS

Notre vaillant rédacteur le Dr Desrosiers, pour qui la fatigue semblait ne pas exister, a du enfin, après un labeur opiniâtre et incessant, payer son tribut à la faiblesse humaine et prendre congé pour rétablir sa santé délabrée.

Chef de la rédaction de L'UNION MÉDICALE depuis plus de quatorze ans, il a consacré au journal la plus grande partie des loisirs que lui laissaient son professorat et une nombreuse clientèle. Ce qui ne l'a pas empêché de publier son " Traité de matière médicale et de thérapeutique " qui est d'emblée le vade-mecum de l'étudiant en médecine et du praticien.

Malgré une facilité remarquable de travail et des connaissances générales très-étendues, la tâche entreprise était trop considérable et devait nécessairement amener le surmenage. Après avoir longtemps résisté aux conseils de ses confrères et collègues, il a du enfin se résigner à prendre un repos contre lequel proteste une longue habitude de travail continu.

Toutefois notre vieux collaborateur ne nous oubliera pas dans sa retraite forcée et continuera à s'intéresser de loin au journal jusqu'à ce que sa santé rétablie lui permette de reprendre la lourde charge qui lui était si agréable.

Nous formons les vœux les plus ardents pour son prompt rétablissement.

BULLETIN MEDICAL

Nouveau moyen de diagnostic des rétrodéviations utérines

A la Société de Chirurgie, séance du 20 mars, le prof. Le Dentu a fait une communication très intéressante pour les gynécologistes sur un nouveau moyen de diagnostic des rétrodéviations utérines. D'après les classiques, quand le doigt rencontre dans le cul de sac postérieur du vagin, un corps globuleux et régulier, on doit penser à l'utérus. Mais ce n'est pas un signe certain, attendu qu'une tumeur peut être globuleuse et régulière. Dans les cas où l'utérus est déformé par de petits fibromes ou lorsque les annexes sont maintenues contre cet organe par des adhérences, le diagnostic serait plus difficile encore. Un bon moyen de s'éclaircir, d'après le professeur, serait de constater la crête verticale moyenne de la face postérieure de l'utérus. "On sait, dit M. Le Dentu, que les faces de la matrice n'ont ni le même aspect, ni la même forme. L'antérieure est assez régulièrement convexe d'un côté à l'autre : la postérieure est formée de deux facettes obliques qui, de chacun des bords, se dirigent en dedans et en arrière. Elles se rencontrent sur la ligne médiane et donnent ainsi naissance à une crête mousse, mais très nette, qui part du point de séparation du corps et du col et se dirige en haut sur un longueur inégale suivant les femmes. Cette crête ne s'étend pas jusqu'au fond du bord postérieur ; celui-ci est régulièrement convexe dans le sens transversal comme d'avant en arrière." Il est évident que le doigt ayant constaté ce détail anatomique, on est certain de toucher la paroi postérieure de l'utérus. Dans les rétroflexions, cette crête s'exagère, devient plus tranchante et naît brusquement au dessus de l'angle de courbure. Lorsqu'il y a latérodéviations, elle prendra une direction oblique. D'après le professeur, lorsqu'il y a des fibromes, ou de la pelvi-péritonite, ou que les annexes sont descendus dans le cul-de-sac de Douglass, on est jamais bien sûr de ce que l'on touche dans le cul-de-sac postérieur du vagin : cherchez la crête médiane postérieure, c'est le fil d'Ariadne qui vous sortira du labyrinthe. Seulement il ajoute que cette crête est surtout accentuée chez les jeunes femmes ; il s'agirait alors de savoir si nos bonnes mamans canadiennes qui tiennent leur matrice dans un état quasi permanent de déformation, conservent longtemps ce fin détail anatomique, précieux pour le gynécologue seul.

Action de l'antipyrine.

Les uns croient que l'action analgésique de l'antipyrine agit plutôt sur le cerveau que sur la moëlle ; les autres plutôt sur la moëlle que sur le cerveau. Le Dr Langlois a démontré à la Société de Biologie (11 mars) que c'était une question de doses. Plus les centres nerveux sont élevés plus l'antipyrine agit rapidement. Il faudra donc pour calmer une sciatique, une dose beaucoup forte que s'il s'agissait d'une névralgie faciale.

Le bicarbonate de soude dans la dyspepsie

Beaucoup de médecins pensent, quand ils ont calmé une crise gastrique à l'aide du bicarbonate de soude, qu'ils ont affaire à de l'acidité de l'estomac (hyperchlorhydrie). Le Dr Linossier, de Lyon, croit qu'il n'en est pas toujours ainsi (Bull. méd. 24 mars). Il est d'opinion que, quel que soit le trouble chimique de la sécrétion de l'organe, les crises douloureuses coïncidant avec la fin de la digestion stomacale sont toujours calmées par ce médicament. Le docteur a toujours obtenu de bons résultats chez les malades qui souffraient de l'estomac deux ou trois heures après les repas, même quand les douleurs étaient déterminées par la lithiase biliaire, des néoplasmes ou des troubles digestifs d'ordre mécanique. Il conseille le médicament dans toutes les douleurs gastriques revenant régulièrement à la fin de la digestion. Les crises les plus tardives sont en général, les plus facilement calmées. L'eau chaude aide beaucoup à l'action du bicarbonate. Administrer le médicament un moment avant l'heure où la crise commence d'habitude. Chez les dyspeptiques souffrant d'insomnie, 15 à 30 grains de bicarbonate donnés quatre à cinq heures après le repas du soir soulageront bien des cas.

Traitement des contusions de l'abdomen par la laparatomie.

Tout le monde connaît la gravité des contusions de l'abdomen. Il n'y a aucun signe certain qui permette d'affirmer l'existence d'une lésion viscérale grave quand elle existe. D'un autre côté, les lésions des viscères sont loin d'être toujours proportionnelles à l'intensité du traumatisme qui les a produites. Ce n'est qu'après la période de choc ou de coma, c'est-à-dire quinze ou dix-huit heures après l'accident, que les symptômes indiquent un état de chose devenu impossible à contrôler. Que faire pour assurer le salut du blessé ? Le Dr Michaux (Société de chir., 20 mars) croit que l'on devrait, dans toute contusion sérieuse de l'abdomen, faire une laparatomie exploratrice, ce qui permettrait de constater les lésions et de les opérer s'il y a lieu. C'est ce qu'il fait lui-même avec succès. C'est facile à l'hôpital, mais peu pratique à la campagne, dans ce pays-ci du moins, où l'on n'est pas encore complètement convaincu de la sûreté opératoire que donne l'antisepsie.

Cystites faisant suite à l'administration du bicarbonate de soude

Nous parlions tout à l'heure du bicarbonate de soude dans la dyspepsie douloureuse. Le Dr Mathieu, qui s'occupe spécialement des maladies de l'estomac, fait prendre à ses malades pour calmer leur crise une cuillerée à café d'un mélange composé de cinq drachmes et demi de bicarbonate de soude et de un drachme et demi de magnésie calcinée. Répéter au besoin. Or, il a fait remarquer à la Société Médicale des Hôpitaux (22 mars) qu'il avait constaté, chez quelques-uns de ses malades, des troubles du côté de la vessie : douleurs, cystite, hématurie même. Il attribue cette complication à l'alcalinisation trop forte de l'urine. Le Dr Hayem croit que l'alcalinité de l'urine peut produire ces troubles ; ce serait alors en permettant aux germes que la vessie contient de fermenter, ou pour nous servir de ses expressions, aux microbes de se développer.

Traitement de la tuberculose par l'iode

Un médecin italien, M. Cervello, de Palerme, étudie les effets de l'iode sur la tuberculose en générale. Il a remarqué que chez les phthisiques, les badigeonnages d'iode abaissent la température. Il le donne aussi en injections sous-cutanées, et se sert de la solution de Durande :

Iode libre.....	15 grains
Iodure de potasse.....	2½ drachmes
Eau distillée.....	2 onces

On sait que l'iode antiseptise le sang. Il empêcherait alors les fermentations et favoriserait, par conséquent, la métamorphose des agents de la maladie.

Traitement de la dysenterie par l'ipéca

Nous sommes déjà au printemps. Les jours chauds vont venir bientôt. Nous serons exposés, de temps à autre, à rencontrer des cas de dysenterie. Dans un cas d'intensité moyenne ou grave, lorsque les selles ne sont pas trop bilieuses, il est bon de commencer par le calomel à doses massives, 15 grains en une ou deux fois dans les vingt-quatre heures. Le lendemain, on donne l'ipéca. Voici la méthode usitée au Brésil, où la maladie est endémique. Verser un verre d'eau bouillante sur un à deux drachmes d'ipéca concassé, laisser macérer plusieurs heures, décanté (pencher légèrement le vase et verser le liquide sans remuer le résidu) et donner par cuillerées à bouche toutes les heures ; le deuxième jour, reprendre l'ipéca qui a servi (le résidu), et le traiter de la même manière (faire macérer, etc.) ; répéter le troisième jour, mais ne pas décanté et donner le tout par cuillerées à bouche.

Voici une méthode française plus facile que la méthode brésilienne :

Poudre d'ipéca 1 drachme

Faire bouillir cinq minutes dans un verre et demi d'eau. Filtrer, et ajouter :

Sirop d'opium }
Hydrolat de cannelle } à à 8½ drachmes.

Donner par cuillerés à bouche, d'heure en heure ; espacer davantage s'il y a menaces de vomissements. Habituellement, il est nécessaire de faire prendre cette potion plusieurs jours de suite. En général, au bout de trois jours, l'état aigu est tombé. On peut alors prescrire les pilules de Segond :

Ipéca 7 grains
Calomel 3 grains
Extrait d'opium 1 grain
Sirop de Nerprun Q. S.

Pour 6 pilules à prendre dans les 24 heures.

Nouvelle pathogénie de l'œdème

Le Dr Barlow, de Cambridge, avait reçu une somme d'argent de l'Association médicale anglaise afin de lui permettre de faire, au laboratoire de l'Université, des expériences sur la pathologie de l'œdème. Le Dr Barlow en publie les résultats dans le *British Medical Journal*. Voici les conclusions de ce travail. 1^o Certaines expériences font voir que l'œdème ne dépend pas purement de causes mécaniques, même chez les cardiaques, chez qui l'on croyait que ces causes étaient suffisantes. 2^o Il n'y a pas de preuves que les vaisseaux sanguins soient altérés d'une manière autre que celle qui constitue l'anémie (*starvation* : je ne sais pas si anémie traduit bien le mot anglais). 3^o L'expérimentation a montré que l'anémie des tissus, laquelle signifie quantité de sang insuffisante à leur nutrition normale, et par conséquent élimination de produits de désassimilation, conduit à l'œdème. 4^o L'intoxication des tissus par les produits de désassimilation est une cause plus puissante d'œdème que l'anémie simple. 5^o L'augmentation de la quantité de liquide circulant dans le corps humain amène l'absorption par les tissus d'une partie du liquide du sang. 6^o Les phénomènes survenant dans l'œdème ont leur contrepartie à l'état normal. 7^o Soit à l'état pathologique, soit à l'état physiologique, les tissus deviennent œdémateux, ou ont une tendance à le devenir, grâce à la dilatation active des artérioles qui nourrissent la partie. 8^o Quand une région est devenue œdémateuse, les tissus des parties non œdématisées sont appelés à fournir une partie du liquide qui alimente constamment l'œdème. " Nous appuyerons sur ces faits, dit le Dr Barlow, la

théorie que l'œdème est l'exagération du processus normal par lequel s'accomplissent la nutrition des tissus et l'élimination des produits de désassimilation, et que ce processus origine dans les tissus, et non dans le système vasculaire." Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici la théorie française qui dit que là où l'élimination se fait mal, les tissus deviennent intoxiqués. Suivant le mot du professeur Bouchard, c'est l'auto-intoxication. Ces produits de désassimilation, en restant dans l'organisme, agissent comme les toxines des microbes: ils paralysent les vaso-moteurs et diminuent la défense. D'où réaction inflammatoire. Pour résumer en un mot le travail du Dr Barlow: suivant lui, l'œdème est un trouble de la nutrition.

L'altération de la moelle dans l'anémie

C'est un fait reconnu aujourd'hui que l'anémie pernicieuse s'accompagne souvent de troubles nerveux et d'altérations de la moelle épinière. A la Société Royale de Médecine et de Chirurgie (26 mars), le Dr James Taylor se croit justifié de conclure, d'après les observations qu'il a lues dans la littérature médicale, et d'après son expérience personnelle, que l'altération de la moelle n'est pas simplement accidentelle dans l'anémie pernicieuse. Il attribue la sclérose de la moelle toujours plus marquée dans les cordons postérieurs, à des hémorrhagies localisées survenues grâce à l'état pathologique du sang. Dans la discussion qui suivit le Dr Gowers fit remarquer que cela rapprochait la maladie, comme résultat ultime, du tabes syphilitique. Il ajouta que d'autres intoxications, tels que l'empoisonnement (chronique) pour le plomb, l'arsenic, telle que la diphtérie même pouvaient offrir les mêmes lésions. Il pense qu'il y a un principe toxique dans le sang de l'anémie pernicieuse.

Un cas heureux de symphyséotomie

Le *British Medical journal* reproduit (30 mars) du *Canadian Practitioner* (fév. 1895) l'observation d'un cas de symphyséotomie pratiquée l'automne dernier à Toronto par le Dr Sylvestre. Deux fois précédemment la mère n'avait été délivrée que grâce à l'embryotomie. L'accouchement actuel menaçant d'être plus difficile encore, le Dr Sylvestre sectionna la symphyse, et immédiatement le bassin avec un craquement distinct, s'ouvrit d'un pouce. Une bande placée à l'avance ne lui permettait pas de s'élargir d'avantage. On bourra la plaie de gaze iodoformée, on ruptura les membranes, on appliqua les forceps et une demi heure après on mettait au monde un enfant vivant et bien portant. Après la sortie du délivre, on donna une douche vaginale au bichlorure, et on lava la plaie avec la même solution, puis on la ferma par trois sutures profondes au catgut, et on la recouvrit d'iodoforme et de collodion. Alors, après avoir introduit une sonde dans la vessie, afin que l'urèthre ne fut pas pincé entre les os pubiens, on rapprocha ces os à l'aide du diachylon et d'un ban-

dage. Au bout de trois semaines, l'union cartilagineuse était parfaite. On mit alors un bandage au plâtre de Paris. La mère a guéri parfaitement, et l'enfant vit.

CHRONIQUE

L'enseignement de la médecine en Russie.—Il y a en Russie deux écoles de médecine distinctes et opposées, celle de Saint-Petersbourg et celle de Moscou. La première, qui avait pour chef le professeur Botkin, décédé, ne se guide que sur les signes physiques objectifs, et relègue à l'arrière plan les symptômes fonctionnels et les signes physiques subjectifs. C'est à dire qu'elle ne fait pas attention au tempérament du sujet et n'étudie que sa constitution. La seconde, au contraire, n'appuie son diagnostic que sur l'histoire du cas et l'interrogation du malade : elle met son art dans la transquestion. Le chef de l'école est le Dr Zakharine, dont on a tant parlé lors de la dernière maladie du czar. Le Dr Zakharine a déjà donné dix huit heures de clinique sur un même malade. A deux heures par jour, cela fait neuf jours consécutifs.

Nouveaux effets des remèdes découverts par un homéopathe.—Nous conseillons à nos lecteurs qui ont le spleen de lire attentivement le livre du Dr W. A. Dewey intitulé *Essentials of Homœopathic Therapeutics*, publié à Philadelphie par Boericke et Tafel. L'espèce d'idiot qui a écrit cela s'imagine que les remèdes développent chez les malades des phénomènes psychologiques. Ainsi le stramonium fait voir des animaux sortant de tous les coins : l'acide nitrique porte les malades à jurer, et le soufre leur fait douter de leur salut, les rend fort inquiets pour leur âme "avec une parfaite indifférence pour celle des autres," ajoute l'auteur. Nous conseillons à cet homéopathe distingué de suivre à la lettre le grand principe de la méthode, *similia similibus curantur*, et d'administrer à ses patients le whisky canadien à doses massives : si la méthode est juste, les symptômes disparaîtront.

La médecine au Japon.—Les derniers événements d'Asie font voir le degré de civilisation du Japon. La race nipponne est vraiment fort intelligente. Durant ces vingt dernières années, les Japonais se sont mis au même rang que les nations les plus civilisées. Ils se sont perfectionnés dans toutes les sciences, y compris celles de la guerre et de la médecine. Non seulement leurs troupes sont admirablement bien organisées, mais on pourvoit à leur entretien avec une science hygiénique très grande. Leurs hôpitaux et leurs ambulances pourraient servir de modèle. L'armée japonaise compte 1350

chirurgiens, pharmaciens et infirmiers, sans compter les 138 chirurgiens et *nurses* envoyés par la Société de la Croix Rouge. Durant la guerre civile de Satsuma il était mort 170 blessés sur 1000 ; grâce aux perfectionnements accomplis depuis, il n'est mort dans la présente campagne que 27 blessés ou malades sur 1000, et pourtant l'armée s'est trouvée en butte, en Corée, à la dysenterie, au typhus, et plus tard en Mantchouerie au climat rigoureux de l'hiver.

Les étudiants en médecine de Paris et le carnaval.—Les étudiants en médecine de Paris sont réunis en une Association très puissante et très bien organisée, ayant des affiliations avec les autres villes universitaires d'Europe. On sait là-bas travailler ferme, s'amuser bien et faire le bien, quand l'occasion se présente. Il est d'usage chez eux, à la mi-carême, d'organiser une cavalcade, un bal et de vendre au profit des pauvres un journal auquel toutes les célébrités littéraires de Paris contribuent et qui s'appelle : " Au Quartier Latin." Cette année, les étudiants ont présenté au Président de la République, Félix Faure, un numéro spécial du journal, avec la dédicace suivante :

Président cher et respecté,
Que votre nom heureux à nos fêtes s'allie.
Si la folie est ennoblée
Lorsqu'on y joint la charité,
Pardonnez à notre folie,
Souriez à notre gaieté.

Le président Faure a souri et leur a remis cent dollars pour aider aux frais de la fête. Il a de plus assisté au bal, ainsi que l'ex-président, Casimir Périer.

Les femmes devant les tribunaux.—Les journaux se sont beaucoup occupés dernièrement d'un procès pour vol à l'étalage intenté contre deux femmes d'assez bon monde. L'une était une femme mariée et enceinte, l'autre une jeune fille. Le jury s'est montré très sévère malgré le repentir évident et sincère des deux inculpées. Tout le monde a paru oublier, dans cette circonstance, à qui l'on avait affaire. Qui n'a pas entendu parler des envies morbides auxquelles certaines femmes enceintes sont sujettes ? Qui connaît toute l'étendue de la complaisance qu'une jeune fille peut avoir pour son amie ? Ce sont là des choses plus fréquentes qu'on ne croit. En France, à la Salpêtrière, on a classé une psychose particulière sous le nom de *Kleptomanie*. Il serait bon que nos juges, avocats et jury se doutassent au moins de l'existence de ces choses-là.

A propos des microbes du baiser.—Françoise de la " Patrie," fait de compliments à notre jeune confrère de la " Clinique," et le félicite d'être en faveur du baiser. Bravo, confrère ! c'est beau, la jeunesse !

Voilà qui va rendre jalouse la vieille UNION MÉDICALE. Mais soyez persuadé que la "Clinique" a aussi ses moments sérieux. Comme preuve, lisez l'excellent article du docteur A. de Martigny sur la responsabilité du médecin dans les cas de diphtérie.

L'interne en chef de l'Hôpital Notre-Dame.—Nos lecteurs auront lu avec plaisir l'intéressante observation de gangrène gazeuse que rapporte le docteur Aldège Ethier.

Le docteur Ethier occupera pour un an encore, à la grande satisfaction de tous, sa position d'interne en chef à l'Hôpital Notre-Dame. L'UNION MÉDICALE est heureuse de l'en féliciter, et d'annoncer à ses lecteurs que ce travailleur modeste leur donnera tous les mois, un courrier de l'hôpital. Ils pourront ainsi juger du travail qui s'accomplit dans cet établissement. Le Dr Ethier fera désormais partie du comité de rédaction.

Le docteur Villeneuve à l'Union Médicale.—Monsieur le docteur Villeneuve n'a pas besoin d'être présenté. Son article d'aujourd'hui, fait à la hâte sur notre demande pressante, est à la fois pratique et intéressant. Notre distingué collaborateur nous a de plus promis une copie de son rapport sur l'état mental d'Edwards, le meurtrier d'Outremont, et nous aurons plus tard l'occasion de publier un travail du même auteur sur les aliénés devant la loi dans la province de Québec. Le docteur Villeneuve, étant membre du comité de rédaction, fera profiter nos abonnés de son expérience à la Morgue et à Saint-Jean-de-Dieu.

Les progrès de la sérothérapie.—Le docteur Roger a réussi dernièrement à préparer un sérum antitoxique de Pérysipèle et de la fièvre puerpérale (les deux maladies, comme on sait, sont causées par un streptocoque), et en a fait rapport à l'Académie de Médecine. Sur 45 cas traités, tous ont guéri. Voilà une grande nouvelle : nous attendons au numéro de juin pour en parler plus longuement. Il faut voir d'abord si les premières expériences seront confirmées.

Les dernières nominations à l'Hôpital Notre Dame.—A la dernière assemblée du bureau d'administration de l'Hôpital Notre-Dame, samedi, 27 avril, MM. Derôme et Lagacé ont été nommés médecins internes. MM. les docteurs Trudeau et Mercier abandonnent l'hôpital pour la pratique privée. Connaissant les services qu'ils ont rendus à l'hôpital, nous sommes sûr du succès qui les attend. Le bureau doit aussi faire de nombreux changements à l'amphithéâtre-d'opération. Le Dr Roberge devient premier assistant.

Nouveaux médecins.—A la Faculté de Médecine Laval, les messieurs dont les noms suivent ont passé avec succès l'examen du doctorat : Auguste Joseph Aubin, Adolphe Allaire, J. Alfred Bélan-

ger, Ernest Bélisle, J. F. X. Bossé, Oscar Avila Boulay, Alexis Bouthillier, Benjamin Bonnier, Ernest Brunelle, Ed. Chs Campeau, Aurélien Constantineau, Gustave Côté, S. A. Daudelin, Paul Denis, J. Gasparid Dequoy, W. J. A. Derôme, E. Lesieur Desaulniers, Albert Desgroseillers, Ernest B. Desmarteau, E. Victor Désy, Adélarid Fecteau, Léglius A. Gagnier, Arthur E. Gélinas, Evariste Gélinas, Oscar Godard dit Lapointe, Arthur DeGrandpré, Wilfrid Huguenin, Athanase Hurtubise, Olivier Jacques, Alexis Lagacé, Joseph Lapierre, Henri Lasnier, Albert Lassalle, Timothée Lebel, Daniel E. Lecavalier, Arthur Lecuyer, Edmond Lesage, Walter Lewis, J. Arthur Lortie, Adénard Magnan, Eximère Martin, J. B. Martin, Joseph El. Pagé, Fred. Peltier, J. Raoul Pepin, L. Zénon Renaud, J. C. Avila Ricard, J. B. Richard, J. P. Roux, Alexis Sarrazin, J. Aldéric St Denis, Chs E. Tétrault, C. Phédora Verdon, Jos. E. Avila Viger. Nos meilleurs souhaits aux jeunes confrères.

Concours a l'Université Laval.—Le bureau des professeurs de l'Université Laval, Faculté de Médecine, a tenu une séance lundi le 6 mai dernier. On y a décidé de mettre au concours le titre de *professeur adjoint* à la chaire de matière médicale et de thérapeutique. Le concours aura lieu le 15 août prochain. Il se composera d'une thèse, d'un examen par écrit et d'un examen oral sous forme de conférence faite devant la Faculté assemblée. Le sujet de la conférence sera tiré au sort; chaque candidat devra naturellement être licencié de la Province de Québec, et de plus se conformer aux formalités suivantes. 1o faire connaître au secrétaire de la Faculté, le Dr L. D. Mignault, 155, rue Bleury, son adhésion au concours au moins un mois avant la date fixée pour l'examen; 2o envoyer une copie imprimée ou clavigraphiée de la thèse à chacun des professeurs au moins un mois aussi avant la date de l'examen. Les règlements de ce concours sont basés sur les résolutions présentées à la Faculté par le comité des professeurs concernant les concours d'agrégation. Pour le moment ces résolutions ne s'appliquent qu'à la seule chaire de matière médicale et thérapeutique. Si quelque abonné désire de plus amples informations d'ici à la prochaine livraison de la Revue, la rédaction se fera un plaisir de les lui fournir (1).

Visite des étudiants à l'asile St Jean de Dieu.—Le mardi, 7 mai dernier, les médecins attachés au dispensaire de l'hôpital Notre-Dame et les élèves qui suivent les cours du troisième terme ont visité l'asile des aliénés à la Longue Pointe. Les dames reçurent tout le monde avec une hospitalité charmante. M. le Dr Bourque, dont on connaît l'amabilité et la complaisance, avait eu la gracieuseté de réunir à part les cas les plus typiques parmi les patients; il les pré-

(1) Voir plus loin.

senta dans une clinique improvisée qui intéressa tout autant les médecins présents que les élèves. Puis l'on fit la visite des différents pavillons, où l'on pu voir tour à tour les maniaques, les délirants, les dégénérés, les gâteux, les idiots, les épileptiques délirants, etc. M. le Dr Vilteneuve, médecin du gouvernement, et M. le Dr Chagnon, médecin attaché à l'Asile, étaient aussi présents. Avons remarqué en outre MM. les Drs Schmidt, Ricard et Benoit, de l'hôpital Notre-Dame, et de Martigny, de la *Clinique*. Les pavillons actuels, érigés il y a quelques années après l'incendie, ne sont que temporaires. Si les sœurs renouvellent avec le gouvernement leur contrat, qui expire au mois de juillet prochain, elles feront construire, mais beaucoup plus en arrière, sur le coteau, de nouveaux pavillons superbement aménagés qui coûteront un million de dollars. Les pavillons actuels seront démolis, et l'on ne conservera que la grande bâtisse du bout de l'avenue; elle peut contenir 200 à 250 pensionnaires ou malades privés.

BIBLIOGRAPHIE

Moussous (A.).—**Maladies congénitales du cœur.** Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*)

Broche, 2 fr. 50. Cartonné, toile anglaise, 3 fr.

La monographie du Dr André Moussous est un exposé complet des différentes maladies du cœur susceptibles de se développer avant la naissance, qu'elles dépendent d'un simple vice de structure de l'organe ou d'un processus inflammatoire. Elle résume les principales notions déjà acquises, indique les points encore en litige, trace la voie dans laquelle devront être poursuivies de nouvelles recherches.

BROCQ (L.), Médecin des hôpitaux, et JACQUET (L.), ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.—**Précis élémentaire de Dermatologie, IIIe Volume. Maladies en particulier.—Dermatoses microbiennes et néoplasies cutanées.** Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*)

Broché, 2 fr. 50. Cartonné, 3 fr.

Ce volume renferme toutes les dermatoses d'origine microbienne, à microbes pathogènes connus, et celles dont la nature microbienne est simplement probable.

Ces affections ont été étudiées dans le même esprit que les matières des deux précédents volumes, c'est-à-dire avec clarté, simplicité et méthode.

L'Hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr SEVED RIBBING, professeur à l'Université de Lund (Suède).—(1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise, 4 fr.—Félix Alcan éditeur.)

La question des rapports sexuels est toujours à l'ordre du jour et dans toutes les classes de la société. Le livre de M. Ribbing, en parfait accord avec les données actuelles de la science, sera lu avec intérêt, non seulement par les médecins, mais encore par tous ceux que préoccupe la solution des problèmes sociaux si intimement liés aux questions de reproduction et de santé publique.

NOCARD (Ed.), Professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, -- Les Tuberculoses animales, leurs rapports avec la Tuberculose humaine. Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Broché 2 fr. 50c., cartonné, toile anglaise, 3 fr. -- En outre de l'étude clinique, anatomique et expérimentale de la Tuberculose des animaux, on trouvera dans ce petit livre l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie, la pathogénie et la prophylaxie de la maladie. -- L'auteur y démontre l'identité de la Tuberculose dans toutes les espèces, le rôle prépondérant de la contagion dans ses progrès incessants, et les conditions dans lesquelles l'usage alimentaire de la viande et du lait des animaux tuberculeux peut être dangereux.

NOUVELLES

La *Revue Nationale*, revue mensuelle illustrée de littérature canadienne française, dont la quatrième livraison vient de paraître, est un grand octavo royal de 108 pages, d'exécution typographique irréprochable et très bien illustré. Son directeur, M. le capitaine J. D. Chartrand, a probablement voulu en faire le plus beau spécimen du journalisme canadien-français et y a réussi -- à notre avis -- Le médecin, pour faire diversion à ses études professionnelles -- intéressantes -- mais pas toujours gaies, trouvera dans la *Revue* une heure de délassement intellectuel et un correctif aux ennuis inévitables de la pratique.

Le prix d'abonnement (\$3 00) est relativement très modeste vu la qualité et la quantité de matière.

Adressez, *La Revue Nationale*, 7 Place d'Armes, Montréal.

--L'*Union Médicale du Canada* a transporté ses bureaux d'impression, à la Compagnie d'imprimerie Desaulniers, 22 rue St Gabriel, Montréal.

--Le Bureau du Collège des médecins, à sa séance du 26 septembre 1894, a décidé sur motion du Dr Rinfret, secondé par le Dr Beau-soleil : " Que le Bureau n'accepte aucun brevêt ou matriculation de porteurs de licences des provinces du Dominion autres que les provinces de Québec et Manitoba dont la date soit postérieure à 1892, et dont le diplôme soit de la province de Québec."

—La Maison Wm. R. Warner & Co., a transporté sa succursale de New-York, au No 52 Maiden Lane, dans un édifice plus vaste et mieux approprié à son immense commerce.

—Le Samaritan Hospital pour les femmes, No. 1000, rue Dorchester, Montréal, a été inauguré par Son Excellence la Comtesse d'Aberdeen, le 17 janvier dernier.

L'institution est non-sectionnelle et supportée par contributions volontaires. Le bureau d'administration se compose de 30 des principales dames de Montréal, de trois messieurs étrangers à l'institution et de trois médecins.

Le corps médical se compose de Sir James Grant, médecin consultant, Wm. H. Hingston, M. D. chirurgien consultant, C. Laphorn Smith, chirurgien-en-chef, H. L. Reddy, chirurgien.

S. F. Wilson, assistant chirurgien, Sylvestre, assistant chirurgien, Letellier de St Just, assistant chirurgien.

Le Congrès de Chirurgie. —Le huitième congrès tenu au mois d'octobre 1891 à Lyon, par l'Association française de Chirurgie, a donné lieu à de nombreuses et intéressantes communications, celles-ci se trouvent reproduites intégralement dans le volume des **Procès-verbaux, Mémoires et Discussions**, publié sous la direction du Dr PICQUÉ, chez Félix Alcan, éditeur de l'Association.

Les questions à l'ordre du jour du congrès étaient : 1^o *La Pathogénie du Cancer* ; 2^o *la Chirurgie du rachis* ; mais en outre dix séances ont été remplies par plus de 100 communications sur divers sujets, faites par les maîtres de la chirurgie et par leurs élèves, qui s'étaient donné rendez vous à ces grandes assises scientifiques.

Parmi les orateurs nous citerons : MM. les professeurs Berger, Lannelongue, Le Dentu, de Paris ; Gayet, Laroyenne, Ollier, Delore, de Lyon ; Gross et Heydenreich, de Nancy ; Chalot et Jeannel, de Toulouse ; A. et J. Reverdin, Vuilliet, de Genève ; Roux, de Lausanne ; Revereau, de Bucarest ; Djémil-Bey, de Constantinople, etc., etc.

Ces noms suffisent pour montrer la haute valeur des travaux publiés dans cet ouvrage. (1 fort vol. grand in 8°, avec 101 figures dans le texte, 20 fr. —Félix Alcan éditeur.

ERRATA

En raison de la hâte avec laquelle le numéro d'avril a été imprimé, plusieurs erreurs typographiques sont demeurées inaperçues. Voici les principales :

Page 173, 8e ligne, 9e mot : *origine*, lire : *angine*.

Page 173, 9e ligne, 8e mot : *origines*, lire : *angines*.

**Extrait des résolutions adoptées par le comité général de
l'École, au sujet du concours pour le titre de
professeur adjoint.**

1o Que le concours soit oral et écrit.

2o Que l'examen oral soit publique devant la faculté convoquée à cette fin et qu'il y ait au moins sept professeurs présents.

3o Que le concours écrit consiste en un examen par écrit et en une thèse dont le sujet sera laissé au choix des candidats, pourvu toute fois que tel sujet soit en rapport avec la section sur laquelle le concours aura été appelé.

4o Que le concours pour le titre de professeur adjoint soit reparti dans les diverses branches de la médecine de la manière suivante :

Section (b) Chimie, matière médicale, toxicologie.

5o Que l'examen par écrit se fasse de la manière suivante : que le candidat tire au sort une grande question sur la branche à laquelle il désire être professeur adjoint et deux questions de moindre importance sur chacune des autres branches du même groupe. Le temps accordé pour l'examen par écrit sera de deux heures.

Examen oral.

6o Chaque candidat tirera au sort une question sur la branche à laquelle il désire être professeur adjoint. Le candidat aura une demie heure pour réfléchir et trois quarts d'heure pour exposer cette question devant la faculté réunie.

7o Il sera permis à tout membre de la faculté de poser au candidat des questions sur le sujet qu'il vient d'exposer par l'entremise du Président.

8o Qu'une copie de la thèse imprimée ou clavigraphiée soit adressée à chacun des professeurs au moins un mois avant la date de l'examen.

9o Que chaque candidat soit tenu de faire connaître au secrétaire de la faculté, son adhésion au concours au moins un mois avant la date fixée pour l'examen et la section à laquelle il se propose de concourir.

Pour copie conforme

L. D. MIGNAULT,

Sec. pro. tem.

— Une ville de Californie serait désireuse de voir ses médecins recommencer le voyage qu'ils ont fait dans l'Est l'été dernier, lors d'une convention médicale. Ils ont été absents à peu près deux mois et à leur retour ils ont trouvés tous leurs patients guéris. Les pharmaciens avaient fermés leurs portes, les gardes-malades avaient ouvert des écoles de dance, le cimetière avait été divisé en lots à bâtir, les entrepreneurs de pompes funèbres étaient devenus fabricants de violons, le corbillard avait été peint de couleurs gaies et vendu comme wagon de cirque.

VARIÉTÉS

L'incendie de la manufacture de tabac Macdonald

L'incendie de la manufacture Macdonald, de cette ville, nous donne une triste leçon. Il n'y a pas de doute que les accidents ont été le résultat d'une panique. Les hommes, les femmes surtout, se sont précipités vers les fenêtres sans trop savoir ce qu'ils faisaient, et surtout effrayés par la fumée qui remplissait déjà les escaliers. Les femmes, du moins celles avec qui nous avons causé, ont été poussées par leurs compagnes; pas une n'a sauté délibérément. Mais dans tout cela, il y a une chose bien évidente, c'est que les ouvriers et ouvrières ne se seraient pas affolés de pareille façon en croyant l'escalier et l'élévateur coupés, s'ils avaient connu d'autres moyens de retraite; ce qui les mettait au désespoir, c'étaient la certitude de l'absence complète d'appareils de sauvetage. Toutes ces gens savaient très bien qu'en cas d'incendie, il n'y avait qu'un chemin de sortie, celui de tous les jours. Voilà ce qui a été une cause de perte de vie et de blessures graves. Or, il est évident à tout homme qui réfléchit un peu que ces choses-là ne devraient pas arriver. Le manufacturier, puisqu'il paye ses ouvriers, a droit à leur travail, mais certainement pas à leur santé, et encore bien moins à leur vie. La moindre exigence que l'ouvrier puisse avoir, c'est que sa vie soit en sûreté. D'ailleurs, pour les gens qui n'ont pas l'intelligence de comprendre ces choses ou l'humanité nécessaire pour les mettre en pratique, le gouvernement provincial a fait des lois et a nommé un inspecteur des manufactures chargé de les faire observer.

La manufacture Macdonald n'était pas bâtie d'hier; pour celle-ci comme pour les autres, les lois et l'inspecteur existaient. A quoi ont-ils servi? Voilà une bâtisse immense, de cinq étages de hauteur, où travaillent plus d'un millier d'être vivants; et c'est précisément à l'endroit le plus exposé, au cinquième étage, que sont groupées les femmes et les filles, c'est-à-dire les êtres les plus faciles à s'affoler; le feu prend, il y a des pertes de vie, et tout le monde se s'écrier: "Pas d'appareils de sauvetage!" A qui la faute? Naturellement on va faire des enquêtes pour le savoir. Vraiment, il est bien temps! Et vous verrez que ce sera comme après l'incendie de l'Asile Saint-Jean-de-Dieu; les choses resteront au même point. Il y a évidemment un manque de virilité quelque part.

Les Gaietés de la médecine

Les effets d'un mal de dents, d'après Moinaux :

Avez-vous des antécédents judiciaires ?

Grossel (tenant son mouchoir sur la joue).—Mais non, m'sieu, puisque quand on m'a arrêté, je n'avais rien sur le corps, et que les effets que j'ai là, on me les a donnés à la prison.

Mouvement de surprise dans l'auditoire, qui semble se demander ce que le prévenu entend par antécédents judiciaires.

M. le président. — Je vous demande si vous avez déjà été condamné ?
Grossel. — Mais non, m'sieu, puisque je ne suis pas encore jugé ; qu'on me condamne si on veut, pourvu qu'on m'arrache ma dent. Oh ! ça me tire.

M. le substitut. — Le sommier judiciaire est muet.

M. le président. — Vous êtes prévenu de vagabondage.

Le prévenu. — J'ai demandé à la prison du chloroforme pour mettre dessus avec un peu de coton, on m'a dit qu'on n'en avait pas.

M. le président. Je vous dis que vous êtes prévenu de vagabondage ; on vous a trouvé couché sur un four à plâtre.

Le prévenu. — Il y faisait pourtant chaud : eh bien, ça ne m'a rien fait du tout : je ne ferme pas l'œil. . . . Oh ! ça m'élançe !

M. le président. — Vous convenez que vous êtes sans domicile et sans ressources ?

Le prévenu (à un garde municipal). — Vous n'auriez pas un peu de tabac à fumer à me prêter pour mettre sur ma dent ?

M. le président. — Répondez donc à ma question : Vous êtes sans domicile et sans ressources ?

Le prévenu. — Un domicile ? . . . c'est pas la peine, je peux pas tenir en place depuis quinze jours, faut que je coure, que j'aïlle, que je vienne. Oh ! vingt-cinq chiens ! ça me fait y mal !

M. le président. — Vous ne travaillez pas ?

Le prévenu. — Comment voulez-vous que je travaille avec ça ? J'ai mis dessus de l'eau-de-vie, du poivre, de l'oignon, du fromage de Roquefort, de la moutarde, du radis noir, ça n'y fait rien ; v'là quinze jours que je crie comme une *andouille* de Melun.

M. le président. — Enfin, comment vivez-vous donc ! Quand on vous a arrêté, vous n'aviez pas un sou.

Le prévenu. — Pardié, si j'avais de l'argent, je me ferais arracher ma dent.

M. le président. — Je vous pose de nouveau ma question : Comment vivez-vous ?

Le prévenu. — Mais je ne vis pas : comment voulez-vous que je mango avec ça ? Il y avait un de mes amis qui m'avait indiqué un de ses parents, un ancien dentiste retiré qui n'arrache plus de dents que pour son plaisir : j'ai été pour le voir, il venait de partir en voyage. Je ne sais plus ce que je fais, j'ai pus la tête à moi, je cours comme un cheval ou je tourne comme un tonton ; qu'on me condamne si on veut : quand on souffre comme moi, on se fiche pas mal d'être en prison !

Le tribunal condamne le prévenu à un mois de prison.

M. le président. — Emmenez cet homme.

Grossel (au garde). Vous n'avez pas seulement la valeur d'une chique ?

Notre confrère Bonneinère rapporte, dans le *Progrès*, que, récemment, une sœur de Bégrolle (Vendée) soignant les gens atteints de pneumonie infectueuse au moyen d'excréments de chien ! Elle les ramassait sur le bord des chemins, le matin, après une nuit humide. Il fallait qu'ils fussent bien blancs. Elle les faisait alors griller, puis les pulvérisait, les divisait en paquets de quatre grammes environ. Elle faisait prendre cette poudre dans du lait !

Je sais que dans les vieilles pharmacopées on trouve sous le nom d'*Album Gracum* un remède composé d'excréments de chien. On l'employait au siècle dernier, non pas contre la pneumonie, mais comme purgatif. D'autres sœurs de notre pays donnent aux gens qui font une chute, du vin blanc dans lequel elles ont délayé de l'excrément de chat ; c'est le *vin de chute*. Quelquefois on y mêle un peu d'excrément de poules. On choisit la partie blanche de ce dernier excrément. Ce remède, bien entendu, est employé à l'intérieur. Je pourrais au besoin indiquer les bonnes sœurs qui préparent cet horrible breuvage. Il est très célèbre dans le pays. Beaucoup de gens en préparent. La médecine populaire vendéenne est d'ailleurs absolument malpropre.

Je ne sais pas si un compagnard fait usage d'*eau de mille fleurs*, que j'ai vu préconiser par d'anciennes pharmacopées. L'eau des mille fleurs, vous le savez mieux que moi, était de l'urine de vache. Hein ! quel nom poétique ? C'était au printemps qu'on faisait usage de ce remède. Mais, j'ai connu un homme qui, lorsqu'il était malade, buvait sa propre urine et assurait s'en trouver à merveille ! Et il n'était pas le seul à faire usage de ce remède qu'on peut qualifier d'héroïque. Je sais aussi que certaines mères de famille administrent à leurs enfants, quand ils ont des incontinenances d'urine, un breuvage dans lequel elles font entrer des crottes de souris ou des lombrics pilés . . . , *secundum artem* . . . Mettons que ces vers sont triturés avec soin, pour ne pas employer la noble langue latine quand il s'agit de si répugnantes drogues

Je ne dis pas que les "bornes" sœurs donnent aux malades de nos campagnes tous ces remèdes dont je viens de vous faire l'énumération. Mais je sais qu'elles en donnent deux : l'excrément de chien et le vin de chute ! Cela est suffisant, je pense. Ce vin de chute me semble être très curieux. On croit qu'il opère parce que le chat est un animal qui ne se fait jamais de mal, même quand il tombe de très haut.

MARIAGE

BAROLET-DESAUTELS.—Le 9, à la chapelle du Sacré-Cœur, de Notre-Dame, M. J. A. Barolet, médecin, conduisait à l'autel Mlle Rose Anne Desautels.

L'heureux couple est parti immédiatement en voyage.