

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

Traitement de la blennorrhagie par les lavages au perman- ganate de potasse.

Extrait de la thèse inaugurale

(Paris 1894)

de M. Adelstan LEMOYNE de MARTIGNY

Docteur en médecine de l'Université Laval de Montréal (Canada)

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

PATHOGENIE

Le gonocoque est la cause de la blennorrhagie. Mais aux dépens de quel élément le gonocoque prolifère-t-il, et quelle voie adopte-t-il dans sa progression du meat vers l'urèthre profond ?

Deux opinions sont en présence : Bockhart croit que le gonocoque introduit dans la fosse naviculaire, pénètre, entre les cellules, jusqu'aux lymphatiques; et que là seulement commence la prolifération.

Bumm croit qu'au contraire le gonocoque rencontrant les cellules épithéliales de la fosse naviculaire se développent à leur surface et dans leur protoplasma, et amène au bout d'un certain temps la chute de ces éléments.

Il a étudié la conjonctivite purulente et dans son travail sur le gonocoque de Neisser, paru en 1885, il figure des coupes de la conjonctive aux différents jours de la maladie. Le premier jour, on y voit les gonocoques à l'intérieur des cellules de la couche superficielle de l'épithélium. Ces cellules sont déjà en voie de desquamation. Les jours suivants la desquamation devenant plus abondante, on voit les gonocoques pénétrer plus profondément et proliférer dans les espaces intercellulaires, jusqu'au chorion. A la dernière période de la maladie, il figure les gonocoques à la surface seulement de l'épithélium à cellules de nouvelle formation.

La prolifération commencerait donc tout d'abord dans les cellules, et ce n'est qu'en se multipliant que les gonocoques atteindraient la profondeur.

Ces planches sont bien d'accord avec ce que nous montre le microscope dans le pus d'un écoulement blennorrhagique.

Tout à fait au début, on ne trouve que des cellules épithéliales, contenant des gonocoques, et souvent d'autres microbes.

Ces cellules épithéliales sont elles un bon milieu de culture pour le gonocoque? Le silence même des premiers jours qui suivent l'infection semble nous indiquer le contraire, ainsi que la petite quantité de la sécrétion, tant qu'elle ne renferme que des cellules épithéliales.

Au contraire, à peine depuis quelques heures, les premiers globules purulents se sont montrés dans la sécrétion, que la marche de la maladie change du tout au tout. L'écoulement devient très rapidement abondant et sa coloration jaune nous indique sa purulence. Au microscope on voit les globules de pus très nombreux, serrés les uns sur les autres, et à noyaux multiples, dont un certain nombre renferment des gonocoques. C'est dans le protoplasma des globules qu'on trouve les gonocoques, mais leurs noyaux déchiquetés pour la plupart indiqueraient qu'ils ont été le siège primitif de la prolifération gonococcique sous l'influence de laquelle ils se sont rompus. Leurs débris sont le plus souvent refoulés vers la périphérie.

Puis, la maladie fait des progrès, et ce sont les globules eux-mêmes qui se désagrègent, et l'on trouve les gonocoques en partie dans les globules et en partie libres dans la préparation.

Si les gonocoques pénètrent ainsi dans la profondeur de la muqueuse, ils se développent aussi en surface, et peu à peu l'inflammation gagne les parties les plus profondes de l'urèthre, et jus-qu'au col de la vessie quelquefois.

Quelle voie suivent les-micro organismes dans leur acheminement, du méat vers la portion membraneuse de l'urèthre? Avancent ils en infectant les cellules épithéliales de proche en proche? Ne se servent ils pas au contraire de la voie lymphatique?

Que certaines cellules soient infectées de proche en proche, la chose est très probable; mais ce qui l'est moins, c'est que ce soit là le principal mode de progression des gonocoques.

La maladie gagne en effet, beaucoup trop rapidement, la partie postérieure de l'urèthre.

Doit-on conclure que les gonocoques avancent à l'intérieur même des lymphatiques? S'il en était ainsi, il me semble que l'on verrait beaucoup plus souvent des lymphangites de la verge, vu l'énorme quantité de gonocoques, qui devraient encombrer les vaisseaux, étant données l'extrême rapidité de leur prolifération et l'abondance de la sécrétion qu'ils engendrent.

Il est vrai que presque toujours il y a de l'engorgement des ganglions inguinaux. Mais les ganglions nous ont appris avec quelle facilité ils s'enflamment pour la moindre cause, et, l'urétrite chimique, un simple traumatisme de l'urèthre, produisent cette même adénite inguinale.

Je crois plutôt que l'irritation de la muqueuse provoque l'appa-

rition, sur les lieux irrités, d'une grande quantité de globules de pus qui prolifèrent, en s'infectant de gonocoques, grâce aux espaces intercellulaires, tant vers les parties postérieures du canal que vers la surface de la muqueuse urétrale. En effet dans les figures de Bumm, on voit bien les gonocoques libres entre les cellules et jusqu'au chorion, mais on n'en voit pas à l'intérieur des lymphatiques, ni des capillaires sanguins. Les espaces intercellulaires sont agrandis par cette prolifération des globules purulents, l'inflammation s'en accroît d'autant, et ainsi, de la fosse naviculaire jusqu'à l'urèthre postérieur, s'avance le processus blennorrhagique.

— Quel rôle jouent pendant ce temps les microbes secondaires ? Dès les premiers jours ils sont nombreux, et on n'en trouve plus guère dans la période franchement aiguë, pour les voir reparaitre à la période chronique. Quelquefois pourtant on retrouve des staphylocoques à cette période aiguë ; et alors j'ai remarqué qu'elle était de plus longue durée et plus intense. Cependant je n'en tire aucune conclusion.

Si les microbes secondaires reparaissent en grand nombre dans les écoulements chroniques, le gonocoque, lui, devient au contraire plus rare à mesure que la maladie est plus ancienne. Souvent pour le découvrir il faut recourir au nitrate d'argent.

Est-ce à dire, comme le croit Legrain, qu'il ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire dans ces inflammations chroniques ? et que ces inflammations sont sous la dépendance des autres microbes ?

Je suis porté à croire le contraire, et pour deux raisons.

D'abord, lorsque dans une infection urétrale, il n'y a pas de gonocoque, on arrive très rapidement à débarrasser l'urèthre de tout microbe par quelques lavages antiseptiques.

Si, au contraire, il y a des gonocoques, on arrive assez rapidement à débarrasser l'urèthre des microbes secondaires si l'on s'attaque au gonocoque par le permanganate, et ensuite à ces autres variétés microbiennes par les antiseptiques ordinaires.

Au contraire si l'on s'attaque d'emblée à l'infection secondaire, on voit cette infection disparaître, mais se reproduire tant qu'on n'a pas détruit tout gonocoque.

Je crois donc que même dans les écoulements chroniques, où il est en petit nombre, le gonocoque tient le premier rôle, et que les autres variétés bactériennes ne se développent qu'à la faveur de l'irritation spéciale qu'il produit.

DIAGNOSTIC

Au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire au point de vue du traitement, le diagnostic doit répondre à trois questions.

- 1o—L'écoulement qu'on nous présente vient-il de l'urèthre ?
- 2o—Le pus contient-il des gonocoques ?
- 3o—Existe-il des causes d'insuccès pour le traitement ?

10—J'ai dit l'écoulement qu'on nous présente, à cause des blennomanes (ils sont nombreux). Il faut s'assurer qu'on n'a pas affaire à une balanoposthite, à un chancre du canal ou à des vésicules d'herpès, et chercher à reconnaître si le pus ne vient pas d'organes urinaux supérieurs ou de foyers para-urétraux, toutes choses qu'il suffit d'énoncer.

20—Enfin, c'est bien à une urétrite qu'on a affaire.

Est-elle à gonocoques ?

En clinique il suffit ordinairement d'une seule préparation d'une gouttelette de pus étalée, et séchée sur une lame de verre par la flamme, puis colorée tout simplement avec une solution hydro-alcoolique de bleu de méthylène.

Le fait que le pus vient de l'urètre, l'habitude d'un objectif toujours le même—je me sers de l'immersion à un douzième—rend dans la plupart des cas ce diagnostic facile et ce n'est que dans des cas très rares et douteux que l'on est obligé de recourir à la méthode de Gram. Car—ici il ne s'agit pas de médecine légale—et cet examen d'après lequel nous n'oserions encore jurer dans une telle circonstance, nous donne en clinique une assez grande certitude pour que nous puissions nous en contenter.

30—Enfin, existe-il des causes plus ou moins fortes d'insuccès ? par exemple :

Un phimosis assez étroit pour donner à craindre que la désinfection parfaite du gland et du prépuce ne soit possible. Il faudrait ne pas commencer le traitement dans ces conditions à cause des endroits difficiles à laver et qui deviendraient des nids à microbes, d'où ces derniers infecteraient le canal à nouveau dès la cessation du traitement. De même, un hypospadias est toujours un mauvais signe pour un début de traitement; et il faut faire une grande attention afin de découvrir, s'il y en a, une seconde ouverture dans le méat même. Et si on en découvre une : sonder avec un fil de platine; voir si elle communique avec le canal et s'il sera possible de la laver et de la désinfecter tous les jours—ce qu'il faut faire avec une canule spéciale à bout très fin—sinon : il faudrait la faire sauter, ainsi que le phimosis dont je parlais plus haut.

Rechercher les abcès périurétraux, et les ouvrir.

Chercher attentivement les végétations et s'en débarrasser, car ce sont des nids à microbes presque impossibles à désinfecter. Regarder s'il y en a dans le canal, et ne pas hésiter à les faire sauter, car la guérison serait presque impossible à obtenir sans cela.

Je me rappelle un de mes amis, chez lequel j'eus ainsi un insuccès par ma faute et dont voici l'histoire en deux mots :

Il me vint consulter au vingtième jour d'un écoulement en septembre dernier. Il souffrait depuis quelques jours de cystite, urinant une quinzaine de fois par jour ce qui me fit commencer

de suite le traitement. Deux jours après les symptômes de cystite étaient disparus. Le onzième jour je le déclarai guéri. Trois jours après il revint me voir avec son écoulement. C'était un hypospade avec un petit cul-de-sac dans la commissure supérieure du méat, je le fis sauter au bistouri, je repris une nouvelle série de lavages qui ratèrent de nouveau.

Alors seulement, examinant ce malade avec M. Janet, nous découvrîmes des végétations du canal, tout près du méat. Je les enlevai, et au bout de huit jours le malade était guéri. Ce qui aurait eu lieu dès la première série, si j'avais d'abord reconnu puis enlevé les végétations.

Il va sans dire que si au cours du traitement l'infection gagne les vésicules séminales par exemple, ou toute autre partie des voies génito-urinaires supérieures, le traitement, tout local, des lavages, n'aurait plus sa raison d'être que comme palliatif, et en attendant l'épuisement des colonies microbiennes supérieures.

HISTORIQUE DES LAVAGES

Les lavages antiseptiques tels que nous les pratiquons aujourd'hui ont une double origine.

D'abord, les lavages uréthraux eux mêmes, dont on trouve la première description par le docteur Serre, dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1831, et qui ne sont pas précisément nouveaux, on le voit.

Ils remontent aussi à l'introduction des antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie, et c'est Fontani, qui, je crois, employa le premier le sublimé à doses faibles, 0.70, c. g. de sublimé pour 50 gr. d'eau, en injections. Il est cité, en 1861, par la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Les lavages, depuis quelques années, sont devenus d'un emploi si commun, que je ne prétends pas faire l'histoire complète de la question. Mais, il est intéressant de voir, par quelles transformations sont passés les lavages, avant de revêtir leur caractère actuel, et c'est à ce titre que je cite les premiers essais et les modifications notables apportées.

Le docteur Serre, médecin à Allais, décrit du premier coup les lavages continus, à peu près tels que nous les faisons aujourd'hui, sauf qu'il ne fait usage que d'eau tiède. Ayant remarqué les bons effets des injections fréquentes d'eau tiède dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés il voulut tenter de la même manière la guérison de la chaude pisse.

Il confia ces lavages au malade lui-même qui peut les faire avec une seringue. Il fait d'abord asseoir le malade dans un bain, puis, avec une sonde molle de quatre à six pouces, introduite dans l'urèthre et de volume assez petit pour que l'eau puisse refouler au dehors, il injecte de l'eau tiède, aussi souvent que possible pendant une heure pour la première fois, et deux heures pour les lavages subséquents.

Mais, dit-il plus loin : " Dans le cas où la main serait tremblante ou que l'on redoutât les secousses douloureuses, on remplacerait la seringue par un clysoir, j'ai confiance qu'il présente des avantages incalculables. Les principaux sont :

1o Il n'imprime pas de secousses aux parties génitales.

2o Il donne un courant tout à fait continu, dont on modère l'impulsion, en variant la hauteur du liquide qu'il renferme.

3o Il rend le bain moins nécessaire, ce qui permet de faire des appareils à courant d'eau continu, d'une commodité et d'une application très heureuses."

—Il a toujours obtenu, dit-il, des guérisons en cinq ou six jours, soit par la cessation de l'écoulement, soit en le faisant passer à l'état chronique.

Plus tard en Angleterre, Morgan 1869, publia ce qu'il appelle un nouveau traitement de la gonorrhée. Ce sont encore des lavages faits au moyen d'un appareil laveur à deux tubulures, l'une communiquant avec une poire à insufflation, l'autre avec un tube en caoutchouc auquel est adapté une petite canule très fine, métallique.

Puis Durham, en 1870, introduit une modification : il se sert d'une canule à bout olivaire et à courant rétrograde, introduite jusqu'à la portion membraneuse, et fixée à une seringue à boule ordinaire.

Jusqu'ici les lavages sont faits avec de l'eau, et par le moyen d'une sonde pénétrant dans l'urèthre plus ou moins profondément, et dont les unes sont à courant rétrograde.

Voici maintenant le docteur Thomas Windsor décrivant son nouveau procédé de traitement :

" Trouvant dit il, les balsamiques dangereux et les injections insuffisantes, il m'est venu à l'idée de donner à ces dernières une action plus prolongée et plus efficace en les donnant sous forme de douches uréthrales."

" Pour cela j'emploie un tube en caoutchouc dont l'un des bouts est fixé à une boule de plomb, pour le retenir au fond du vase, et dont l'autre s'adapte à une seringue uréthrale ordinaire, dont j'enlève le piston. Le tube une fois rempli forme siphon, et on varie la force du courant par la hauteur de l'appareil. Le bout de la seringue introduit dans le canal, on comprime de temps en temps le gland pour mieux laver l'urèthre."

—C'est bien là un lavage sans sonde, tel qu'il était encore employé il y a quelques années. Car Windsor ne lave pas l'urèthre postérieur. En effet il dit encore un peu plus loin : " J'ai essayé plusieurs fois de laver la partie bulbair de l'urèthre, mais je n'ai pu réussir."

" La solution que j'emploie est le permanganate à la dose d'un demi grain pour une once d'eau (c'est-à-dire à un millième à peu près). C'est la solution qui m'a paru la plus utile, car j'ai souvent

employé des solutions de deux grains et même de six grains à l'once mais sous l'influence de ces solutions la guérison fait beaucoup moins de progrès."

Du premier coup, voilà les lavages faits comme on les faisait encore il y a quelques années à Paris, et l'action du permanganate parfaitement observée au point de vue clinique.

Certes, ces lavages avaient encore des inconvénients qui les firent refuser plus tard et avec raison par le professeur Fournier et par M. Mauriac, et pouvaient même causer des accidents dont je parlerai plus loin.

Après Windsor, Holbrook Curtis, de New-York, revient à la sonde uréthrale à jet rétrograde, et fait des lavages abondants avec de l'eau chaude qu'il porte jusqu'à la température de 180 degrés Fahrenheit, soit 81 degrés centigrades; il emploie jusqu'à dix litres d'eau par lavage et a des résultats excellents, dit-il.

En 1884, Paul Diday dans le "Lyon Médical," expose, avec l'esprit scientifique et la clarté qu'on lui connaît, et l'insuffisance des injections et les raisons d'un traitement antiparasitaire. Malheureusement, s'il conseille le lavage des deux uréthres, il les fait avec la sonde. Il se sert de sublimé à un dix millième pour commencer, et va en augmentant les doses.

"Depuis, écrit-il, qu'on pressent la nature parasitaire de la blennorrhagie, depuis surtout que M. Ernest Besnier nous a montré ce parasite se riant en quelque sorte de la médecine, au sein des tissus où il semble défier qu'on l'atteigne sans détruire la trame vivante qui lui sert de refuge, les vieux errements thérapeutiques doivent céder le pas à de nouveaux principes."

"Or ces principes ont à viser à la fois deux choses: 1. La nature ainsi que les mœurs du parasite; 2. La structure ainsi que le fonctionnement de l'urèthre. Quand au premier point de vue, le liquide parasiticide ayant affaire non à un être isolé, mais à une colonie dont les membres se reproduisent, doit agir, et agir sans interruption, pendant un laps de temps que, a priori, et approximativement, je crois pouvoir évaluer à cinq ou six heures."

"Au point de vue de sa mise en rapport avec l'urèthre, le liquide parasiticide a à remplir trois conditions:

Porter sur toute la partie du canal malade;

Ne pas se borner à passer sur ce canal, mais la distendre à un certain degré;

Y séjourner d'une manière non pas intermittente, mais continue, pendant la durée du temps que j'ai indiquée plus haut."

Il ne fait pas tous ses traitements par des lavages des deux uréthres, et introduit la sonde plus ou moins loin, suivant qu'il veut laver les deux uréthres ou un seul.

C'est bien là l'exposition claire de la pathogénie de l'uréthrite telle que nous la comprenons encore, et la déduction logique du traitement à opposer à cette affection.

En 1887, Lavaux décrivait les bons effets des lavages de la vessie, sans sonde, dans les affections vésicales.

Il appartenait à M. le docteur Janet d'apporter à cette méthode des lavages la dernière modification, grâce à laquelle les lavages, désormais sans dangers, s'ils sont bien faits, débarrassés des défauts qui les firent rejeter par nos maîtres, il y a quelques années, basés sur des considérations scientifiques exactes, doivent maintenant être considérés comme le procédé de choix dans le traitement de la blennorrhagie.

Il y avait eu des accidents à la suite des lavages de l'urèthre antérieur seul quand les deux étaient malades; cette objection disparaît par le fait de lavages vésicaux.

La sonde avait aussi déterminé des accidents, et était d'un emploi dangereux, elle fut supprimée.

C'est en 1890 que pour la première fois M. le docteur Janet pratiqua les lavages vésicaux, sans sonde, au permanganate de potasse, contre la blennorrhagie, et qu'il m'enseigna à la pratiquer sous sa direction.

Depuis lors son exemple fut suivi dans beaucoup de services hospitaliers, et notamment par M. le docteur Balzer.

Graduellement, une étude attentive des effets de ces lavages, amenèrent M. le docteur Janet à des modifications de détails qui ont leur importance, mais qui sont toujours dirigés par les mêmes considérations scientifiques.

Petit à petit, M. Janet fixa les doses moyennes d'après leurs effets. Effets, qu'une analyse microscopique constante des sécrétions nous apprend avec une exactitude pour ainsi dire mathématique. C'est à la fin de 1893 seulement qui fut tenté l'emploi simultané du sublimé et du permanganate dans les infections mixtes. Une autre modification a déjà donné de bons résultats, mais est encore à l'étude. C'est la combinaison des injections permanganatiques faites le soir par le malade lui-même afin de prolonger la réaction produite par le lavage du matin, et simplifier ainsi le traitement.

ACTION SPÉCIALE DU PERMANGANATE DE POTASSE.

Le permanganate de potasse, à dose plus faible que un millième, est doué d'une très faible action bactéricide. Cependant, on voit le gonocoque disparaître de la sécrétion uréthrale, après deux ou trois lavages à des doses ne dépassant pas un trois millième. On a même pu obtenir des guérisons avec des solutions de un deux millième.

Des antiseptiques beaucoup plus forts n'arrivent à supprimer le gonocoque qu'après une période de traitement beaucoup plus longue.

D'autre part si l'on élève les doses du permanganate, son action bactéricide devenant plus intense, loin de voir ses bons effets s'ac-

centuer, on voit au contraire les gonocoques pulluler et il en est ainsi lorsqu'on rapproche trop les lavages les uns des autres.

Cela tendrait donc à montrer, que ce n'est pas comme antiseptique qu'agit le permanganate de potasse dans le traitement de la blennorrhagie. En effet, comment agissent les antiseptiques ordinaires? En débarrassant la muqueuse uréthrale des gonocoques qui se trouvent à sa surface. Leur action se borne au moment du lavage; bien plus, s'ils déterminent une réaction uréthrale, elle est plutôt favorable au développement des gonocoques. C'est d'ailleurs sur ce principe qu'est basée la réaction révélatrice du gonocoque par le nitrate d'argent. A la longue, il se produit une accoutumance de la muqueuse uréthrale, et la destruction, souvent répétée, de chaque nouvelle poussée, amène l'épuisement des gonocoques profonds.

Il n'en est pas ainsi avec le permanganate à doses convenables, puisque les gonocoques disparaissent dès les premiers lavages. De plus, lorsqu'on a affaire à des infections, autres que spécifiques, l'action du permanganate est notablement inférieure à celle des autres antiseptiques et spécialement du sublimé et du nitrate d'argent.

Serait-ce donc une action spéciale exercée par le permanganate sur le gonocoque à l'exclusion des autres microbes? Cette opinion peut être soutenue. Nous voyons tous les jours certains microbes se développer sur des milieux défavorables à d'autres espèces, et certains agents médicamenteux plus nuisibles à certaines variétés microbiennes.

Mais ici je ne crois pas qu'il en soit ainsi, nous devons plutôt attribuer l'action curatrice du permanganate à son action toute spéciale sur la muqueuse uréthrale.

En effet le permanganate qui pendant un lavage ne peut pas être absorbé et agir sur les parties profondes de la muqueuse, détermine pourtant un gonflement œdémateux de tout l'urèthre et une sécrétion séreuse de durée variable. Or c'est ce milieu séreux, rencontré à la surface de la muqueuse uréthrale, et à l'intérieur même des parois de l'urèthre, qui est défavorable à sa reproduction. Par le lavage, les gonocoques sont balayés de la surface de l'urèthre; par la réaction qu'ils produisent, ils ne peuvent plus cultiver et pulluler profondément et ceux là même qui siègent à la profondeur des tissus sont bientôt expulsés grâce à ce flux séreux.

C'est de cette façon, je crois, que doit être interprétée l'action supérieure du permanganate sur les autres antiseptiques.

MANUEL OPERATOIRE

Si je décris le manuel opératoire dans tous ses détails, c'est que, tous, ils sont importants pour la réussite du traitement, et que souvent la guérison ou un échec peut dépendre de l'observance ou de l'oubli d'un seul.

Les lavages, ainsi que je l'ai dit, se font avec un demi litre de solution pour l'urèthre antérieur, mais avec un litre quand on veut laver les deux urèthres.

La force de la solution employée varie : pour l'urèthre postérieur, entre un quatre millième et un millième ; pour l'urèthre antérieur, depuis un quatre millièmes jusqu'à un cinq centième. J'ai même quelquefois employé un trois centième.

La température de l'eau a-t-elle une grande importance ? Dans les commencements nous employions à Necker les solutions chaudes. Depuis, M. Janet emploie les solutions tièdes. Je me suis très souvent servi de l'eau froide, et j'ai remarqué, que l'injection pénètre tout aussi facilement dans la vessie, pour le moins, et que le lavage laisse après lui moins de pesanteur dans le petit bassin, et moins de ténésme.

On peut employer un récipient quelconque ; un des réservoirs en tôle émaillée, avec tubulure inférieure, qui servent dans les services hospitaliers, pour les injections vaginales. M. Janet emploie à Necker, et chez lui des flacons en verre, gradués et avec un tube de caoutchouc il forme siphon.

Rien n'est plus simple. Il suffit d'un tube de caoutchouc de deux mètres cinquante, qui forme une anse au dessous du niveau du malade.

Une fois le siphon amorcé, il le reste pour les lavages suivants, car cette anse est toujours remplie de liquide, et il suffit d'élever le tube pour que l'écoulement se produise.

A quelle hauteur doit-on élever le récipient ? Pour l'urèthre antérieur il convient de ne pas dépasser 50 ou 60 cent., car on risquerait de franchir le sphincter.

Pour l'urèthre postérieur, cela dépend du malade. J'ai assez souvent réussi des lavages avec une hauteur d'un mètre dix ; mais on peut monter sans danger jusqu'à un mètre cinquante ; je crois même qu'il n'y a aucun avantage à s'en tenir à des hauteurs inférieures à un mètre trente, car on ne distend pas assez le canal pour donner au lavage toute sa puissance.

Au delà de un mètre cinquante il peut y avoir du danger, non pour l'urèthre, ainsi qu'on le redoute souvent, son petit calibre le mettant à l'abri, mais pour la vessie qui pourrait n'être pas assez forte pour réagir contre une trop grande pression. J'ai employé plusieurs fois une élévation de un mètre soixante quinze dans des cas de sphincters résistants, mais j'étais constamment sur mes gardes, et ne laissais pas pénétrer une trop grande quantité de liquide à la fois.

Si le sphincter ne veut pas céder ; comme il est important de toujours faire un lavage complet, on peut injecter dans l'urèthre dix centimètres cubes d'une solution de cocaïne à un centième, injection qui n'offre aucun danger.

M. Janet a vu survenir un commencement de syncope chez un

malade auquel il avait pratiqué une injection de cocaïne à un deux centièmes, et en est resté défiant à l'égard de la cocaïne. Mais le malade était névropathe, et j'ai souvent vu les mêmes symptômes se produire chez les malades de cette catégorie, en l'absence de toute cocaïne. Je crois donc, qu'il faut plutôt accuser de cet accident : l'appréhension et la douleur, quelquefois assez vives, des lavages, plutôt que la cocaïne.

Si, même avec la cocaïne, on ne parvenait pas à passer (ce que je n'ai jamais vu se produire), il faudra employer la sonde plutôt que de ne pas laver l'urèthre postérieur, lorsqu'il y a indication de le faire.

Pour faire les lavages sans sonde, il faut obturer le méat. M. Janet a fait fabriquer de grosses canules en verre à bout conique très court. On peut ainsi obturer le méat sans pénétrer dans l'urèthre, et faire porter ainsi le lavage sur toute la surface de la muqueuse uréthrale. Ces canules laissent couler le liquide par une ouverture d'environ deux millimètres. Comme elles sont assez longues, on peut, en ne les remplissant qu'à moitié, conserver à la partie supérieure une bulle d'air qui nous indique si le liquide coule, et avec quelle rapidité il le fait. Lorsque la vessie se contracte, on voit le liquide s'arrêter, et même la bulle d'air remonter dans le tuyau.

Il faut avoir une certaine quantité de ces canules, qui peuvent être stérilisées à la flamme, et dans l'eau bouillante. On les tiendra dans une solution antiseptique, et après chaque lavage, on changera la canule ; deux malades ne devant pas se servir de la même.

Position du malade. On peut faire coucher ou asseoir le malade. Il vaut mieux ne jamais faire de lavages debout.

Je me sers chez moi d'un bidet ordinaire, sur l'un des bouts duquel je fais asseoir le malade, le dos appuyé au mur. C'est, je crois, le procédé le plus commode, qui demande le moins d'installation et le moins de temps pour les lavages.

Manière de faire les lavages :

Il faut tout d'abord commencer par faire uriner le malade. Puis, avec un tampon imbibé de sublimé, on désinfecte le gland et le méat, en frottant assez fort.

Prenant ensuite le gland entre les deux premiers doigts et le pouce, de la main gauche, on fait bailler le méat, et on le lave au moyen d'un jet à distance de la solution de permanganate.

Après quoi si l'on veut faire un lavage de l'urèthre antérieur seul, on introduit le bout de la canule dans le méat en l'y forçant. On laisse un peu l'urèthre se distendre et on retire la canule pour le laisser se vider. On fait ainsi tout le lavage par des mouvements de va-et-vient alternatifs.

Si l'on veut laver les deux urèthres, on commence d'abord par un lavage de l'urèthre antérieur, ainsi que je viens de le décrire,

puis élevant la pression, on force la canule dans le méat, et l'on attend que le sphincter cède et laisse passer l'injection. S'il résiste, on élève graduellement la pression jusqu'au maximum, c'est à dire jusqu'à 1 m. 50. Il ne faut pas se décourager trop vite et souvent l'on voit un sphincter céder brusquement après deux minutes d'attente.

Il est important de faire pénétrer l'injection en une ou deux fois.

Le liquide pénètre plus ou moins vite, et on peut modérer la rapidité d'écoulement, en comprimant le tube que l'on tient immédiatement au ras de la canule. Il faut avoir soin de ne pas laisser pénétrer dans la vessie l'air contenu à la partie supérieure de la canule.

La vessie se contracte plus ou moins vite suivant les cas, et cette contraction se manifeste par l'arrêt du liquide dans la canule. A ce moment deux conduites peuvent être gardées. S'il n'y a que peu de liquide de pénétré dans la vessie, et surtout si l'envie d'uriner n'est pas trop violente et les douleurs trop vives, on persiste à forcer le bout de la canule dans le méat, et souvent on voit le liquide couler de nouveau et rapidement, et la vessie devenir docile après cet essai de révolte.

Mais s'il a déjà pénétré une certaine quantité de liquide dans la vessie, et surtout si les douleurs sont violentes, il vaut mieux laisser uriner le malade et recommencer.

Le lavage fini on recommande au malade d'uriner aussi complètement que possible, afin de ne pas laisser dans la vessie du permanganate de potasse qui se décompose au contact de l'urine et qui, dès lors, n'a plus d'action antiseptique et peut même déposer dans le fond de la vessie.

On lave ensuite le gland et le prépuce avec un tampon sublimé, puis on obture le méat au moyen d'un morceau de coton hydrophile légèrement imbibé de permanganate. On en coiffe le gland et l'on rabat le prépuce par dessus, ce qui le maintient en place.

On recommande au malade, de renouveler ce pansement, chaque fois qu'il urina.

La première fois que le malade subit ce lavage, on lui recommande de changer de linge et de prendre un bain, afin d'écarter autant que possible toute chance de réinfection.

Les lavages au sublimé et au nitrate d'argent se font de la même manière.

Lorsque, dans une infection mixte, on veut unir le sublimé au permanganate, il n'y a qu'à ajouter, dans le liquide à injecter, une quantité, variable suivant les cas, de solution de VanSwieten.

DIRECTION DU TRAITEMENT

Il ne suffit pas de savoir faire un lavage, pour mener à bonne fin le traitement d'une blennorrhagie surtout le traitement abortif.

Ici, comme en beaucoup d'autres affections d'ailleurs, ce serait un tort de ne s'occuper que de l'agent infectant, que du microbe; et il faut songer un peu au malade, et même beaucoup. Certes, c'est le gonocoque qui produit la maladie, et sans lui pas de chaudepisse possible, mais l'infection une fois produite, le malade réagit à sa manière par une inflammation plus ou moins violente et par des complications qui lui sont propres, pour ainsi dire, car un malade, nous apprennent les auteurs, qui se voit à sa première chaudepisse affecté d'une complication quelconque, a toutes les chances du monde de la voir se reproduire s'il reprend de nouveau la blennorrhagie. C'est donc là une manière à lui qu'il a de réagir contre l'infection.

Et s'il en est ainsi pour la maladie, il en est de même aussi pour le traitement, et tels lavages, qui chez certains produisent un effet modéré et une réaction idem, verront d'autres malades réagir contre eux avec une violence extrême, et c'est ainsi qu'on voit des hémorrhagies succéder, quelquefois, mais rarement, à des lavages en général bien supportés. Il y a donc sous ce rapport quelques précautions à prendre dès le début du traitement, et une conduite à garder pendant toute sa durée. Cette conduite nous est indiquée, par le degré même de la réaction produite par le lavage, et c'est elle qui nous indique comment graduer les doses, et atteindre à l'effet voulu sans le dépasser.

Il importe donc de connaître les effets physiologiques des lavages et j'en emprunte ici la description à M. le docteur Janet: "Dans les premières heures qui suivent un lavage, il existe un peu de sécrétion blanchâtre bientôt remplacée par un écoulement séreux clair (un peu rosé si les doses ont été trop fortes), puis survient une période de sécheresse presque absolue du canal; plus tard encore et pour ainsi dire subitement l'écoulement purulent réapparaît et avec lui les gonocoques qui avaient presque totalement disparu dans les périodes précédentes. C'est ce retour de la sécrétion purulente qui indique la fin de l'action du lavage."

Or, ce qui frappe immédiatement dans cette description, c'est d'abord la disparition des gonocoques pendant la période d'écoulement séreux et de sécheresse du canal, puis leur brusque réapparition. Or, c'est sur cette disparition des gonocoques pendant la réaction séreuse qu'est basé tout le traitement. Le permanganate produit un état séreux, une espèce d'œdème particulier de toute la paroi du canal, et une sécrétion séreuse qui constituent un milieu tout à fait défavorable à la culture du gonocoque. Or, si l'on parvient à maintenir cet état séreux pendant un temps plus ou moins long, suivant que les gonocoques sont encore près de la surface ou ont pénétré plus profondément, on arrivera à voir l'élimination complète, grâce à ce flux véreux, de tous les gonocoques existant dans le canal ou ses parois, car il leur est impossible de se reproduire. Une fois le dernier gonocoque expulsé, la guérison est obtenue.

Produire cet état séreux pendant un temps suffisamment long, et que l'expérience nous a appris être de huit à douze jours, tel est le but des lavages, mais telle en est aussi la grande difficulté.

En effet, il faut faire les lavages assez rapprochés les uns des autres pour ne pas courir le risque de voir un lavage arriver en pleine période purulente, parce que l'action du lavage précédent est finie depuis longtemps. Lorsque cette faute est commise, tout est pour ainsi dire à recommencer, et même il arrive qu'un malade ayant manqué un jour de se venir faire faire son lavage, l'écoulement est si fort, et les gonocoques si abondants qu'il nous faut le laisser au repos pendant quelques jours, afin de lutter ensuite avec plus d'énergie contre des ennemis si vigoureux.

L'expérience nous a appris également, que s'il ne faut pas trop espacer les lavages, il ne faut pas non plus les faire à des intervalles trop courts ; car alors encore on voit apparaître les gonocoques qui depuis deux jours peut-être étaient disparus. Ceci se produit aussi par le fait de lavages avec des solutions trop fortes de permanganate, et alors, si la blennorrhagie était aiguë au moment du lavage, il peut se produire des hémorrhagies du canal, au lieu d'une sécrétion séreuse ou à peine rosée. Et dans ce dernier cas, on peut ainsi s'expliquer la réapparition des gonocoques par le fait que la réaction trop intense amène une desquamation épithéliale forte, et que le milieu urétral voit sa constitution assez changée pour redevenir favorable à la culture des gonocoques.

De combien donc doit-on espacer les lavages, et quelle doit être la force de la solution employée ? Voilà les deux questions qui s'imposent.

Tout d'abord l'expérience nous a montré que pour un lavage fait avec une solution d'une force donnée, la réaction était d'autant plus intense que l'inflammation urétrale était plus vive ; mais qu'en revanche, elle durait d'autant plus longtemps, une fois produite, que la muqueuse du canal se rapprochait plus de l'état normal.

Cela nous conduit donc à cette conclusion : qu'il faut employer des solutions d'autant plus faibles que la maladie est plus aiguë, et qu'on peut éloigner les lavages d'autant plus que l'urètre est moins malade.

Quant à la quantité de solution à employer pour un lavage, l'expérience nous a également appris qu'un lavage rapide fait avec un demi litre d'une solution de permanganate à un deux millième, par exemple, ne produisait pas une réaction plus forte qu'un lavage long, difficile, fait en plusieurs reprises, avec une solution d'un litre à un quatre millième.

A priori même, il est clair qu'il est impossible de fixer des heures régulières auxquelles on doit faire les lavages, car il est des sujets chez lesquels la réaction est très fugace, tandis que chez d'autres elle dure très longtemps.

Cependant depuis quatre ans que M. Janet a établi cette méthode à Næcker, après avoir modifié bien des fois, depuis le début, les intervalles entre les lavages et la force des solutions à employer, il a fini par s'en tenir à des heures que je cite plus loin, et qui dans l'immense majorité des cas pourront être suffisantes, ou qui peuvent servir de base au traitement, ainsi que les doses employées.

Je dirai d'abord que lorsqu'il s'agit de faire un lavage de l'urèthre antérieur seul, un demi litre de solution suffit. Quant on veut laver les deux urèthres, il faut employer un litre de la solution, mais alors on se sert de doses un peu moins fortes, et pour ne pas irriter inutilement la muqueuse vésicale, et aussi parce qu'un lavage de l'urèthre postérieur est toujours plus long que celui de l'urèthre antérieur seul, et que la réaction en est d'autant plus forte. Pour un traitement abortif par exemple, M. Janet faisait autrefois des lavages toutes les cinq heures, aujourd'hui nous ne faisons plus que deux lavages par jour pour un traitement abortif, en ayant soin de faire celui du soir avec une solution faible.

Quant au traitement de la période aiguë ou sub aiguë, un seul lavage par jour suffit grandement, à moins pourtant que l'acuité soit considérable, et alors il faudrait faire deux lavages mais user de solutions faibles. La réussite de traitements en période très aiguë est fort difficile, et le mieux est encore d'attendre quelques jours et d'user des émollients.

Lorsque l'on est sûr, au début d'une uréthrite, que l'urèthre antérieur seul est malade, ce qui est loin d'être toujours le cas, on peut se borner à faire des lavages antérieurs seulement. Mais quelquefois l'infection a gagné sourdement l'urèthre postérieur, sans qu'il soit possible de s'en rendre compte, et l'on court alors le risque de faire un traitement qu'il faudra recommencer. Bien plus, au cours d'un traitement par lavages antérieurs seuls, l'infection peut gagner l'urèthre postérieur primitivement sain, et tout est à recommencer.

Je préfère donc, en général, faire dès le début le lavage des deux urèthres, ce qui, en somme, ne présente aucun danger et a le seul inconvénient d'être un peu plus ennuyeux pour le malade.

Cependant si le malade est venu consulter dès le début, si en le faisant uriner dans deux verres, le dernier est absolument clair, sans filaments, on peut se borner à des lavages de l'urèthre antérieur, en prenant tous les jours grand soin d'examiner la légère goutte qui doit se montrer le matin au méat. Si alors, après deux ou trois jours d'absence complète de gonocoques, il s'en montrait quelques-uns, il faudrait sans autres signes laver l'urèthre postérieur, à plus forte raison; si au cours du traitement il se montrait des filaments dans le deuxième verre de l'urine qu'on aura soin aussi d'examiner tous les jours.

Il ne faut pas en effet, pour affirmer qu'il n'y a pas de gonocoques, se contenter de les rechercher dans l'écoulement lui-même, mais alors qu'il est si diminué qu'on ne peut presque plus en recueillir; il faut recommander au malade de venir le matin sans uriner, et faire alors l'examen des filaments de l'urine s'il y en a. Souvent alors quelques gonocoques viennent nous avertir qu'il ne fallait pas se réjouir trop vite d'une guérison encore incomplète.

Voici, en tableaux, la formule des lavages dans les différentes périodes de la chaudepisse.

Je commencerai par les plus simples. C'est-à-dire celui de la période chronique de la chaudepisse, c'est-à-dire encore, quand l'écoulement est peu abondant ainsi que les gonocoques.

No 1.—Traitement de la blennorrhagie chronique. Il suffit ici d'un lavage par jour. On débutera par des doses d'autant plus élevées que l'urètre est moins malade. Il n'y a souvent pas d'objection à commencer par des lavages à un deux millième, si ce n'est cependant la douleur causée au malade, et il vaut mieux en général commencer par un lavage à un trois-millième, donc :

Premier jour.....	un lavage	1/3 000	d'un litre
Deuxième jour.....	—	1/2 000	—
Troisième jour.....	—	1/1 000	—
Quatrième jour.....	—	1/1 000	—
Cinquième jour.....	—	1/1 000	—
Sixième jour.....	—	1/1 000	—
Septième jour.....	—	ur. ant. 1/5 00	1/2 litre
		ur. post. 1/1 000	1/2 litre.

Il est très facile de faire ces deux lavages différents. On remplit le récipient d'un litre avec une solution à un cinq-centième, et on en emploie la moitié, puis on remplit avec de l'eau, et on emploie encore une égale quantité.

Ces lavages, dans ces conditions, sont ceux qui réussissent le mieux et qui donnent le moins d'embarras. Il faut rarement plus de six ou sept lavages et on pourrait obtenir des guérisons en moins de temps.

Vient maintenant le traitement de la période aiguë. Car celui de la période subaiguë de la maladie est en tout le même que celui de la période chronique, si ce n'est cependant qu'il faut débiter avec des doses un peu plus faibles, un quatre millième par exemple, et faire une dizaine de lavages au lieu de sept.

La période aiguë peut se diviser en deux catégories. Celle d'augment et celle de déclin.

Or, il existe entre les deux une grande différence au point de vue du traitement. Tandis que celle du déclin est relativement facile à guérir, celle d'augment au contraire présente de très grandes difficultés, et il faut bien se garder dans ce cas de promettre la guérison, si tant est qu'on entreprenne le traitement.

Ainsi un malade en est au quatrième jour de sa blennorrhagie, le méat est déjà gonflé, l'écoulement abondant et les douleurs vives en urinant. Voilà un traitement qui demande pour être guéri non seulement des soins très attentifs, mais encore une grande habileté de la part de l'opérateur, et une grande sûreté de main ajoutée à l'expérience des lavages.

Le mieux est donc de ne pas entreprendre la guérison d'un tel cas par les lavages immédiats.

Au contraire, voilà un malade qui en est à la troisième semaine de son uréthrite; l'écoulement peut être plus abondant que chez le malade précédent, et la douleur peut être notable au moment de la miction, mais le malade souffre beaucoup moins qu'il y a quelques jours, enfin la maladie a l'air de s'améliorer. On peut commencer immédiatement les lavages, ou si le malade est venu consulter l'après-midi, le renvoyer au soir, entre huit ou neuf heures pour son premier lavage, si toutefois le malade ne prend pas de santal ou autres balsamiques, et n'en a pas pris depuis au moins quatre jours. Nous sommes ici dans une période qui réclame deux lavages par jour, au moins pendant trois ou quatre jours, quelquefois plus longtemps, si la maladie a l'air de céder difficilement. Voici :

	Matin 8 h.	Après-midi 2 h.	Soir 8 h.
Premier jour.....	.....	.....	174000
Deuxième jour.....	174000	.....	174000
ou	173000	.....	.....
Troisième jour.....	173000	.....	174000
Quatrième jour.....	172500	.....	174000
Cinquième jour.....	.....	172000	.....
Sixième jour.....	172000	.....	174000
Septième jour.....	.....	171000	.....
Huitième jour.....	} ur. an. 17500		.....
	} ur. post. 171000		.....

Le cinquième jour, on fait un lavage l'après-midi—parce qu'on peut déjà commencer à espacer un peu plus les lavages—mais pas encore de vingt quatre heures. C'est pourquoi le sixième jour on fait encore deux lavages.—Il faut être prévenu que la guérison est plus difficile à obtenir que pour la période chronique—et, pour peu que la réaction séreuse n'ait pas été parfaite, continuer les lavages jusqu'à douze ou quatorze. On peut faire les deux derniers à 175000 pour l'urèthre ant. et à 171000 pour l'urèthre post. Il faudrait même faire deux ou trois lavages à deux jours d'intervalle si l'on avait entrepris la période aiguë d'augment. Et encore ne serait-on pas assuré d'une guérison parfaite.

Reste maintenant à décrire le traitement abortif qui diffère fort peu du précédent et qui est plus facile en ce sens que la guérison est plus assurée. Si l'on a la chance de commencer le traite-

ment à cette période où il y a surtout des cellules épithéliales dans l'écoulement qui est peu purulent, si le méat quoique rouge ne présente aucun gonflement, on peut assurer une guérison facile.

Comme à cette période la maladie fait rapidement des progrès vers une période de moins en moins répressible, il faut commencer le traitement à l'heure même ou le malade vient consulter :

Donc à l'heure de la première visite :

	Matin 8 h.	Après-midi,	Soir, 8 h.
	— 2 h. —		
Premier jour.....		174000....	174000
Deuxième jour	173000.....	.....	174000
Troisième jour	172000.....	.....	174000
Quatrième jour	172000.....	.....	.....
Cinquième jour.....	172000.....	.....	174000
Sixième jour		172000....	.....
Septième jour		171000....	.....
Huitième jour.....	{ ur. ant.	17500....	.....
	{ ur. post.	171000...	.....

Quelle que soit la période à laquelle on a traité le malade, une fois la série de lavages finie, on lui conseille de continuer à obturer son méat, et surtout de l'examiner avec grand soin. Si la guérison est parfaite, il ne voit rien, et il se borne à revenir au bout de huit jours, où on lui fait un lavage de l'urètre antérieur avec une solution de nitrate d'argent à un deux millième. (Réaction de Neisser).

Si dans le léger écoulement il y a quelques gonocoques, on fera encore quelques lavages au permanganate.

Mais souvent, surtout après un traitement de la période aiguë il n'en est pas ainsi et le malade, deux ou trois jours après la cessation des lavages, voit une légère goutte blanchâtre apparaître au méat. On lui a donné le conseil de revenir aussitôt, et sans perdre un instant, après avoir recueilli la goutte pour l'examiner, on fait un lavage au permanganate à un millième, pendant deux ou trois jours.

Si, au lieu de revenir de suite, le malade leurré d'un vain espoir a attendu quelques jours, il voit la maladie revêtir une forme très aiguë, et lorsqu'il se présente de nouveau, il est trop tard pour commencer des lavages; il faut le mettre aux émoullients et aux antiphlogistiques. Je reviendrai dans un instant sur ce sujet.

Mais enfin le malade n'a rien vu, il n'y avait pas de gonocoques après la réaction de Neisser; tout n'est pas fini, et il faut donner au malade des conseils qu'il devra suivre sous peine de voir son urètre s'infecter secondairement, ce qui, je dois le dire, arrive assez souvent par la négligence des malades.

On lui recommandera donc de continuer d'obturer son méat pendant encore une semaine ou deux, et de se laver une ou deux fois par jour avec une solution de sublimé à un quatre millième.

On lui déconseillera le coït pendant une quinzaine au moins, et mieux un mois et on lui recommandera, s'il voit une femme, de faire ensuite une sérieuse désinfection du gland et du méat avec la même solution que précédemment. Et même il vaudrait mieux coïter en *condom*.

Si le malade suit ces instructions, il obtiendra une guérison parfaite et durable, et verra son canal dans un état aussi avantageux qu'avant toute maladie.

Mais souvent le malade oublie ou néglige ces précautions, et peu de temps après avoir cessé le traitement il revient avec une goutte jaunâtre, avouant un coït au moins. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, il n'y a dans l'écoulement que des microbes secondaires, recueillis dans le vagin visité, et quelques lavages, (souvent un seul) au sublimé de un vingt millième à un dix millième, guérissent cette réinfection.

Voilà pour les cas ordinaires. Mais ce ne sont pas des malades dans ces conditions qui se présentent à la consultation. J'ai parlé au commencement d'écoulements sans gonocoques, et d'écoulements mixtes. Or, contre des microbes autres que le gonocoque, le permanganate est notablement inférieur aux autres antiseptiques, et notamment au sublimé; il favorise même les infections uréthrales secondaires, par la réaction séreuse qu'il produit, et qui est pour les différentes bactéries et microcoques un excellent milieu de culture, à l'inverse de ce qu'il est pour le gonocoque.

Si donc un malade se présente avec un écoulement à bactéries, la chose est toute simple, et il faut le traiter par le sublimé.

Mais si l'écoulement est mixte, s'il y a par exemple une cystite à staphylocoques en même temps qu'une urétrite à gonocoques, il est indiqué d'agir sur la cystite tout aussi bien que sur l'urétrite. Or dans ce cas, M. Janet a retiré de grands avantages de l'union médicamenteuse du sublimé et du permanganate. Ces deux médicaments mis en présence dans une solution, ne se nuisent aucunement et si le sublimé subit une décomposition partielle, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours; or rien n'est plus facile que de faire le mélange au moment même du lavage. On obtient ainsi rapidement la guérison de la cystite et de l'urétrite secondaire; quant au gonocoque il ne souffre aucunement de cette association médicamenteuse. Il y a donc tout avantage.

Orchite-Epididymite. — Cette complication constitue-t-elle une contre-indication au traitement. Cela dépend. Tout à fait au début de l'affection, mon ami Tixeront a obtenu la résolution dans plusieurs cas par la guérison de l'urétrite. J'ai moi même commencé un traitement chez un malade sentant de la pesanteur dans son testicule droit, et éprouvant du côté du cordon, de la sensibilité au toucher, et j'ai guéri la blennorrhagie sans que ces symptômes se soient accentués. Dès le second jour du traitement, le malade qui portait un suspensoir, ne sentait plus rien. Cependant je ne saurais tirer de conclusion d'un fait isolé.

A la période aiguë, quand le malade doit rester au lit, il est clair que ce serait une mauvaise thérapeutique, celle qui le forcerait à venir se faire laver, et M. Janet n'a jamais entrepris de traitements dans ces conditions. Mais il a vu des épидидymites subaiguës céder beaucoup plus vite sous l'influence des lavages uréthraux.

C'est donc dans tous les cas loin d'être une contre indication au traitement.

Rétrécissements.—Tout dépend ici du calibre du canal. Tant qu'un rétrécissement laisse pisser librement le malade, il n'y a aucun inconvénient possible à faire des lavages.

Une chose dont il faut bien se garder, lorsqu'un malade se dit affecté de rétrécissement, c'est de l'examiner avec une sonde à boule. Il suffit du jet d'urine pour nous renseigner. Si donc le jet d'urine nous apprend que le rétrécissement est fin, qu'il cause une rétention partielle et nous montre une urine coulant difficilement, il est contre-indiqué de faire des lavages, car le permanganate entré ne sortirait plus ou très difficilement. On courrait aussi le risque de voir l'œdème permanganatique du canal en obstruer complètement la lumière et mettre ainsi le malade dans l'impossibilité d'uriner.

Il faudrait donc ici faire le lavage à la sonde, si le canal en permet l'introduction, ou, dans le cas contraire, mettre le malade au santal, et profiter de cette période de calme relatif pour le dilater.

Hypertrophie de la prostate.—Il y a toujours dans ces cas, ou presque toujours au moins, une rétention partielle, sinon totale, de l'urine. Cette rétention contre-indique le lavage sans sonde de la vessie, pour deux raisons. D'abord le liquide ne sortirait pas; ensuite ces malades, ayant fort peu de notions sur la tension de leur vessie, seraient par là même exposés à des accidents du fait même de la pression. De tous points donc, il vaut mieux faire les lavages avec la sonde, en lavant d'abord et en vidant la vessie, puis le canal au moment où on retire la sonde.

De plus les prostatiques sont toujours en imminence d'infection vésicale, et cette irritation permanganatique pourrait être le grain de sable qui ferait pencher la balance. A ce point de vue il vaut mieux ne pas employer la permanganate chez ces vieillards, et user des moyens ordinaires, le santal par exemple, en petites doses, et les laisser guérir tranquillement.

Dangers du permanganate.—Si le permanganate peut donner des résultats admirables, il n'est pas sans danger dans des mains inhabiles ou inexpérimentées, et l'on a vu de ce fait résulter des complications telles qu'abcès périuréthraux, hémorrhagies abondantes, infections vésicales et épидидymites. Ces complications sont survenues dans le cours du traitement par le médecin ou par le malade lui-même, et relèvent de causes qu'on peut facilement éviter. Ces causes sont :

10. Lavages avec des solutions trop fortes ;
20. Lavages trop rapprochés ;
30. Lavages incomplets ;
40. Commencer les lavages après avoir amendé les symptômes trop aigus de la blennorrhagie par le santal.

Dans le premier cas, on a vu survenir des hémorrhagies, des rétentions durables, et on a abouti à un insuccès complet du traitement.

Les lavages trop rapprochés agissent d'une manière identique.

Le lavage incomplet de l'urèthre antérieur seul, par exemple, dans un cas d'urétrite totale, présente un assez grave danger. C'est ce qui fit rejeter le traitement antiseptique, il y a quelques années, par le professeur Fournier et par M. Mauriac, alors qu'on ne faisait que des lavages antérieurs. En effet, sous l'influence de ces lavages, l'urétrite semble céder, mais à peine les a-t-on interrompus, que dans certains cas, la maladie reprend avec une virulence extrême, et qu'on observe souvent des complications telles que l'orchite, la coupérite, la vésiculite et des abcès périurétraux. Il ne faut donc jamais abandonner le lavage à mi chemin, et se dire qu'on réussira mieux le lendemain. Si l'on ne peut passer, il faut employer la cocaïne et même la sonde.

Mais si les lavages avec des solutions trop concentrées sont dangereux, on a aussi vu de l'infection vésicale survenir chez un malade qui employait une solution non titrée, mais à peine teintée pour se donner lui même des lavages. Cette solution avait repoussé dans la vessie des microbes qu'elle n'était pas assez antiseptique pour combattre.

Souvent dans la période très aiguë de la maladie, un malade veut calmer la douleur et l'inflammation par le santal. Si alors on veut profiter de cette subacuité artificielle pour commencer les lavages, on voit, dès que le malade cesse le santal, les gonocoques pulluler sous les lavages, et la maladie prendre une gravité exceptionnelle. Je ne saurais dire sous quelle influence un tel effet se produit, car lorsqu'on commence les lavages en temps voulu, certains médecins ont employé le santal de concert avec le permanganate, et s'en sont bien trouvés. Il n'y a de fait aucun inconvénient à en agir, ni avantage non plus je crois, si ce n'est pourtant qu'on a cru observer moins de douleurs durant et après les lavages.

Un petit malheur, c'est presque un bonheur ; les petits malheurs sont la vaccine des grands.

VICTOR HUGO.

La loquacité, chez les vieillards et les femmes est une revanche inconsciente de l'inaction.

BARON DE GRANDCOURT.

Notes sur un cas d'accouchement chez une femme albuminurique,

par H. F. DESROSIERS, M.D.L.,

professeur de Thérapeutique à l'Université-Laval, Montréal,
médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le 27 novembre 1887, je fus consulté par une femme enceinte, et à terme, sur certains troubles dont elle ne se rendait pas compte. Le fait est qu'elle avait un œdème généralisé considérable. Je lui conseillai de revenir chez elle immédiatement et que j'irais la voir une heure après. A ma visite j'examinai l'urine qui était abondamment albumineuse. La malade avait une légère cécité, probablement due à une infiltration séreuse des tissus de l'œil. Céphalalgie intense.

Je la mis tout d'abord à la diète lactée, diète qu'elle continua le 28, le 29 et le 30. Le soir du 30, vers 8 heures, on me fit mander en toute hâte. Je trouvai la malade assise, les yeux clos, toujours œdématiée, et se plaignant de cécité absolue. L'état de ma patiente étant très grave, je restai auprès d'elle, la surveillant très attentivement. Vers trois heures du matin, elle commença à éprouver de petits spasmes du côté des membres supérieurs, et ces spasmes se continuèrent jusqu'à quatre heures. A ce moment, je lui fit une saignée abondante qui fut suivie immédiatement de la cessation des spasmes. La malade continua nonobstant à être plus ou moins assoupie, bien qu'elle put répondre aux questions que je lui posais, mais elle parlait très lentement.

A 2 heures de l'après-midi, les douleurs de dilatation du col commencèrent et continuèrent jusqu'à 4 heures alors que les douleurs expulsives se manifestant je la fis mettre au lit. L'accouchement se fit bien, sous l'influence du chloroforme donné à petites doses, et l'enfant naquit à 5 heures, bien vivant, et d'assez grosse taille.

A six heures, la malade ayant reçu tous les soins nécessaires, je la laissai et revins chez moi. A huit heures on me demanda de revenir, disant qu'elle avait du délire et voulait se lever, menaçant de s'enfuir par la fenêtre ouverte.

Je m'y rendis immédiatement, et en face de ce délire et ces manifestations nerveuses, je lui donnai, en injection rectale, une dose de 35 grains de chloral dans un demi verre de lait chaud. Une demi heure après elle s'endormit et cet état de calme persista toute la nuit. Le matin, vers 7 heures, je constatai qu'elle était bien éveillée, et le délire avait tout-à-fait disparu.

La convalescence fut très heureuse. La diète lactée fut continuée pendant deux semaines consécutives avec l'effet, connu de tous, de faire disparaître entièrement et l'œdème et l'albuminurie.

Je suis d'avis que si je n'avais fait cette saignée préventive, la malade aurait eu des convulsions éclamptiques que le chloroforme n'aurait peut-être pas réussi à calmer.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Les ténias.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'Hôpital de la Charité. - Nous avons en ce moment dans le service une jeune fille qui présente à la fois des troubles des voies digestives ayant entraîné une dilatation cardiaque et des phénomènes d'hystérie; de plus, elle dit avoir un ver solitaire.

Le diagnostic de l'existence d'un ténia dans l'intestin n'est pas aussi facile que cela semble au premier abord. Lorsque les malades vous racontent qu'ils rendent de longs rubans blanchâtres, cela ne doit pas suffire pour vous faire admettre l'existence d'un ver solitaire. En effet, dans l'entérocolite muco-membraneuse, on rend des lambeaux d'apparence muqueuse dont la longueur peut dépasser 50 centimètres, la largeur un demi-centimètre, qui sont pelotonnés et ont une grande ressemblance avec un ténia. Ces lambeaux se produisent vraisemblablement au niveau des bandes longitudinales du gros intestin, qui sont ratissés par le bol fécal. De plus, les malades rendent quelquefois des plaques minces de même apparence, formées alors dans les dépressions du gros intestin.

Très souvent, les longs lambeaux ont été pris pour un ver et on a institué le traitement de ce dernier. Je veux aujourd'hui, avant de vous exposer les symptômes variés qui résultent souvent de la présence d'un ténia dans l'intestin, vous donner les notions d'histoire naturelle suffisantes pour que vous puissiez reconnaître l'animal.

Vous savez qu'il y a des variétés très différentes de vers intestinaux. C'est ainsi qu'à la partie inférieure du rectum habitent les oxyures, qui se présentent sous la forme de fils blanchâtres, longs de un demi-centimètre environ, et déterminent du prurit anal. Les lombrics ont de 15 à 20 centimètres de long et ont la forme de cylindres dont les deux extrémités sont pointues. Mais je veux vous parler surtout des cestodes ou vers rubannés, aplatis, allongés, qui sont de trois espèces : le ténia solium, le ténia medio-canellata et le bothriocéphale. Ce dernier est très rare en France, et ne se voit guère qu'en Suisse et en Allemagne; au contraire, le ténia medio-canellata est très fréquent chez nous.

Le ténia solium et le ténia medio-canellata diffèrent par des détails de structure. On appelle tête la partie supérieure de l'animal; en réalité, c'est là plutôt un organe de fixation, mieux désigné sous le nom de scolex. Cette partie renflée présente sur les

côtés des saillies arrondies, au nombre de quatre, qui sont appelées ventouses. Elles se fixent de la même manière que les pattes des mouches, leur centre se rétractant ; elles peuvent aussi servir à l'animal pour se déplacer. La partie centrale de la tête du *tænia solium* est un cône saillant appelé proboscide qui est garni tout autour d'une double couronne de crochets. Les crochets de la couronne la plus interne sont les plus petits. Leur forme rappelle un peu celle d'une patte de homard ; la pointe est fine et recourbée et à la base on trouve une apophyse saillante et une partie épaisse ou manche. Les crochets se relèvent quand la partie centrale se rétracte ; au contraire, quand le proboscide va en avant, leur pointe s'abaisse.

Il semblerait que le *tænia solium* dût être le mieux fixé. En effet le *tænia medio-canellata* n'a pas de crochets et on l'appelle aussi, à cause de ce fait, *tænia inermis*. Il est probable que le *tænia solium* perd des crochets de temps en temps ; les grands et les petits alternent d'un cercle à l'autre et il y a en général onze petits pour seize à dix-huit grands.

La tête du *medio canellata* se pigmente peu à peu à mesure que l'animal vieillit et les petits points noirs, que l'on y remarque, d'abord très disséminés, deviennent de plus en plus rapprochés.

La tête du *bothriocéphale* présente deux dépressions latérales et il n'y a pas de crochets, ni de proboscide.

Au dessous du scolex, tous ces animaux présentent une partie rétrécie ou col ; ils s'élargissent ensuite et bientôt apparaissent de petites stries transversales, qui deviennent de plus en plus visibles et délimitent des anneaux distincts. Lorsque l'animal est bien développé, il y a un millier d'anneaux et même plus ; l'ensemble des anneaux a reçu le nom de strobile.

Étudions maintenant la structure d'un anneau de *tænia*. L'anneau est plus long que large en général et la partie postérieure est plus large que l'antérieure. Latéralement, il y a un pore génital et la substance fondamentale est blanchâtre. Au-dessous d'une cuticule peu épaisse se trouve de la substance contractile formant des fibres transversales et longitudinales. Latéralement sont deux grandes stries qui sont des vaisseaux ou canaux aquifères unis par une branche transversale à chacune des extrémités de l'anneau et considérés comme un appareil excréteur. De chaque côté en dehors du vaisseau on trouve un nerf longitudinal. Dans toute la masse de la substance fondamentale sont des points blanchâtres, formés par des sels calcaires.

Lorsque l'anneau est adulte il se sexue. Les organes mâles apparaissent tout d'abord sous forme de petites sphères disséminées, donnant de petits canaux éférents qui se réunissent en un canal déférent unique se rendant au pore génital. Au fond de ce dernier, on trouve la poche du cirre, contenant le cirrhe habituellement rétracté. Les spermatoïdes sont petits et formés d'une extrémité brillante ou tête, portant un filament très fin.

Bientôt se montrent les organes femelles, formés de petits culs-de-sac ovariens dans lesquels on trouve les vésicules germinatives. Les petites utricules aboutissent à des canalicules qui se réunissent et vont à un renflement appelé ootype, où l'œuf se constitue. A ce moment, l'organe mâle est refoulé et de chaque côté, au dessus de l'ootype, on trouve deux vitello-gènes qui forment le vitellus nutritif. L'ootype renferme des filaments spermatiques qui y ont pénétré par un vagin qui aboutit près du pore génital. Chaque œuf se féconde, s'entoure de vitellus nutritif et d'une coque et enfin passe dans la matrice. L'organe mâle disparaît complètement et la matrice finit par remplir tout l'anneau, en donnant des sortes de protuberances latérales. Dans le *tænia solium* ces branches latérales sont très divisées ; dans le *médio-canellata*, elles sont simples et nombreuses.

Quand l'anneau est mûr, il est devenu un véritable sac à œufs, un proglottis pour employer le mot propre, qui renferme plusieurs milliers d'œufs. En effet chaque œuf a si peu de chance de pouvoir reproduire l'animal, qu'il est nécessaire qu'il y en ait beaucoup.

Les proglottis du *tænia médio canellata* sont plus grands que ceux du *tænia solium* ; de plus, le premier les laisse aller un à un, soit avec les garde-robe, soit dans leur intervalle. Au contraire, les anneaux du *tænia solium* se détachent plusieurs à la fois et sortent beaucoup plus rarement.

Le bothriocéphale n'évacue ses proglottis que lorsqu'ils sont privés d'œufs et on trouve ces derniers mélangés aux matières fécales.

Les œufs du *tænia solium* sont sphériques, un peu brunâtre, résistants et ont trois centièmes de millimètre environ ; ceux du *tænia médio canellata* sont un peu ovalaires et long, d'environ 36 millièmes de millimètres. À la partie supérieure des œufs de bothriocéphale il y a un opercule.

Les œufs mûrs des *tænia*s renferment l'embryon déjà développé. Cet embryon est dit hexacante, parce qu'il est armé de six spicules droits. Quand l'œuf de bothriocéphale est pondu dans l'intestin, l'embryon n'est pas encore visible. Cet embryon naît dans l'eau et y nage à l'aide de cils ; il perd ensuite ces derniers et son sort est incertain.

Les migrations des *tænia*s sont bien connues, grâce surtout aux travaux de van Beneden et de Leuakart. L'œuf étant ingéré par un animal, l'enveloppe se détruit et l'embryon mis en liberté se fixe à la face interne de la muqueuse digestive. Il s'y insinue par ses crochets qu'il réunit en pointe aiguë pour les écarter ensuite et pénétrer dans un vaisseau veineux dont le sang le porte au foie ; quelquefois il traverse ce dernier organe et va se fixer ailleurs ; en tout cas, il forme ce qu'on appelle une hydatide.

Ces migrations se font, pour le *tænia solium*, dans l'estomac du porc ; pour le *médio canellata*, dans celui du bœuf. Une fois l'ani-

mal fixé il devient un cysticerque. Le cysticerque du *tænia solium* est un petit être ressemblant à un haricot, qui chez le porc est facile à sentir lorsqu'il est un peu développé, à la face inférieure de la langue; vous connaissez l'habileté que les langueyeurs du porc mettent à le chercher. Le cysticerque du *tænia solium* est devenu relativement rare. Le cysticerque du *medio-canollata* est beaucoup plus petit et il est souvent difficile à voir dans la viande de bœuf. Quand la viande est très fraîche, il se présente sous l'aspect d'une petite perle translucide qui devient rapidement invisible. Dans certains pays, ce *tænia* est très fréquent; il en est ainsi en Abyssinie, par exemple.

On a dit que le cysticerque du bothriocéphale passait par un poisson. Le fait est possible; mais il est possible aussi que l'animal ne présente pas toujours l'alternance des générations et on a vu l'ingestion des œufs donner le ver. J'ai moi-même vu ce dernier apparaître chez une femme qui n'avait jamais quitté le centre de la France, mais avait reçu chez elle un jeune Suisse qui portait un de ces parasites.

Les anneaux du bothriocéphale sont plus larges que longs et ont un pore génital au milieu. L'utérus fait de nombreuses circonvolutions; il y a deux pores génitaux, un mâle et une femelle et de plus une ouverture spéciale pour la ponte. Les anneaux ne se séparent pas facilement et de plus leur centre se détruit après l'évacuation des œufs; les anneaux réunis en rubans ne sont que rarement évacués.

Dans la prochaine leçon, nous étudierons les accidents causés par les vers rubannés et les moyens propres à détruire ces parasites.—
Union médicale.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'eau ingérée en boissons abondantes.—M. le docteur MAILLARD, de Genève, a publié, dans la *Revue de médecine*, un travail, récompensé par l'Académie, dans lequel est préconisé un mode de traitement simple et rationnel qui lui a donné d'excellents résultats, venant d'ailleurs confirmer ceux qui ont été obtenus par d'autres médecins.

En effet, ces dernières années, Landouzy a vivement recommandé de faire boire les typhiques; constatant que le danger de la typhoïde résidait dans l'accumulation des toxines et l'impossibilité de leur élimination tant que la tension artérielle était abaissée, il combat ce symptôme en renforçant le cœur et en donnant des boissons. M. Debove, résumant une statistique très favorable obtenue par lui dans son service, dit n'avoir fait autre chose, pour les traiter, que de les faire boire le plus possible.

C'est le procédé qui a été employé par M. Maillart, et certains de ses malades sont arrivés ainsi à boire jusqu'à 15 à 16 litres de liquide par jour; on est frappé, en effet, de la facilité avec laquelle le traitement est accepté par les malades; qu'ils soient au

début de leur typhoïde, en pleine fièvre, ou déjà près de la convalescence, ils se soumettent très volontiers à cette grande absorption d'eau ; même dans la période des phénomènes cérébraux, de la stupeur et du délire, si la surveillance est bien exercée, on pourra leur faire avaler plusieurs litres par jour. Ils trouvent, en effet, un soulagement à la soif qui les dévore.

Sans parler de la légère réfrigération que peut produire l'absorption d'une grande quantité de liquide, un des premiers effets du traitement est de rendre à la bouche et à la langue son humidité normale. Dès le lendemain, la langue s'étale et reste humide, les fuliginosités disparaissent, la dysphagie due à la sécheresse du pharynx disparaît aussi.

L'estomac tolère très bien le traitement ; dans un cas où la première période de la maladie avait été marquée par des vomissements incessants, il n'y eut que quelques régurgitations avec le lait et le bouillon, mais les tisanes et l'eau vineuse étaient bien tolérées. Quelques malades tolèrent mieux les boissons tièdes que froides.

L'intensité de la diarrhée n'a pas été augmentée par cette ingestion considérable de boissons.

Mais c'est sur la sécrétion urinaire que le phénomène capital, celui, qui, du reste, explique l'action du traitement, se produit. À leur arrivée à l'hôpital, les typhiques ont une urine peu abondante, haute en couleur, chargée en urates, et quelquefois albumineuse. Les caractères de l'urine ne changent pas tant que le malade est laissé à l'expectation. Sitôt qu'on le fait boire, il se produit un changement complet. Ce changement ne se produit qu'au bout de quarante huit heures d'habitude. Il semble que le premier jour les boissons ne font que combler dans les tissus les humeurs et le déficit produit par la maladie elle-même. Une fois l'équilibre rétabli, le surplus d'eau absorbée passe dans l'urine, dont le taux journalier monte dans les fortes proportions. On obtient ainsi 3 à 7 ou 8 litres d'urines, suivant la quantité d'eau absorbée, et l'amélioration de l'état général coïncide avec cette diurèse abondante.— *Gazette médicale de Strasbourg.*

Les altérations de la face dans la myopathie progressive, par le docteur Henry MERGE (1). — Depuis bientôt deux ans, j'ai entrepris à la Salpêtrière une série d'études sur les altérations de la face dans les différentes formes de myopathie progressive.

Ce sujet ne semble guère nouveau en soi, MM. Landouzy et Dejerine ayant déjà décrit en 1885 les particularités les plus remarquables du *facies myopathique*.

Cependant, depuis cette époque, les conceptions des neuropath-

(1) Communication faite au congrès des médecins aliénistes et neurologistes.— (Clermont-Ferrand, séance du 10 août 1894.)

thologistes relativement aux amyotrophies primitives ont subi des modifications assez importantes pour légitimer une tentative de revision portant sur un de leurs caractères cliniques les plus intéressants.

L'histoire des amyotrophies, bien que de date récente, a déjà subi bien des fluctuations.

Depuis le mémoire présenté par Duchenne (de Boulogne), à l'Institut, en 1849, et dans lequel l'atrophie musculaire progressive prenait place pour la première fois dans le domaine des maladies nerveuses, la question des amyotrophies s'est singulièrement compliquée. Elle a semblé, il y a vingt ans environ, avoir atteint une phase de clarté où la classification paraissait nette et facile; puis, le nombre des cas atypiques augmentant peu à peu, elle s'est entouré de complexités nouvelles où il semble qu'il soit chaque jour plus difficile d'apporter l'ordre et la lumière.

On a vu d'abord s'établir une différenciation capitale entre les amyotrophies *primitives* et les *secondaires*. Les premières ont été divisées à leur tour en une série de formes cliniques dont l'autonomie a été pendant quelque temps acceptée.

Puis, on s'est aperçu peu à peu que la variété des groupes musculaires primitivement atteints par l'atrophie était infinie, ou que celle-ci, limitée au début, se généralisait souvent, au point de perdre tous ses caractères distinctifs. Aussi, après avoir morcelé à l'extrême les amyotrophies primitives, est on revenu à une conception plus synthétique, et l'on tend aujourd'hui à englober toutes les formes, prématurément isolées, sous la dénomination générale de "*Myopathie primitive progressive*."

Ceux là même qui pouvaient avoir le plus d'intérêt à voir leur nom consacré à une maladie, sont les premiers à reconnaître que les types créés par eux ne sont que des modalités cliniques d'une seule et même affection.

En France, Charcot et ses élèves ont contribué pour la plus large part à cette œuvre d'unification.

Erb, en Allemagne, soutenait la même thèse vers la même époque, et sa *dystrophie musculaire progressive* réunissait sous la même étiquette nosographique tous les types de myopathie primitive décrits isolément. Il montrait en particulier les nombreux points de contact qui unissent la paralysie pseudo hypertrophiques à la forme juvénile, décrite par lui. MM. Brissaud et G. Guinon avaient aussi signalé des cas où la paralysie pseudo-hypertrophique et la forme facio-scapulo humérale se combinaient intimement. En sorte que, peu à peu, le nombre des cas de transition augmentant chaque jour, il est devenu impossible d'assigner à chacun d'eux une place dans les cadres antérieurement établis.

D'autre part, on voit augmenter de jour en jour le nombre des observations dans lesquelles, aux symptômes que l'on considère comme propres à la myopathie primitive, on voit s'adjoindre

quelques uns de ceux qui appartiennent aux amyotrophies d'origine nerveuse.

Déjà, les faits signalés par Leyden en 1876, et repris par Mœbius en 1879, avaient semblé à ces auteurs dignes d'être mis à part. Mœbius inclinait à croire qu'il s'agissait d'une affection myélopathique, bien que les symptômes et l'évolution de la maladie aient présenté l'allure de ceux des myopathies familiales. Damascino, puis Raymond, critiquant l'hypothèse de Mœbius se prononcèrent pour une variété de paralysie pseudo-hypertrophique sans pseudo hypertrophie.

Depuis, Werdnig a publié de nombreux cas analogues qu'il rapporte à la myopathie primitive.

Zimmerlin, après Mœbius, fit connaître plusieurs observations où le mélange des signes propres aux amyotrophies primitives avec ceux des atrophies musculaires d'origine nerveuse, était encore plus manifeste. En particulier, on y notait l'existence de la réaction de dégénérescence.

Enfin en 1886, Charcot et Marie décrivaient la forme que porte leur nom et qui semble constituer entre les deux grands groupes d'amyotrophies, un trait d'union si intime que, les transitions devenant insensibles, la différenciation est des plus délicates à faire.

Depuis lors, Hoffmann qui avait toujours plaidé en faveur de l'indépendance du type Charcot-Marie, a produit de nouvelles observations accompagnées d'examen nécroscopiques. Il créa ainsi une forme *neurotique*.

Dans son dernier mémoire, Hoffmann se déclare volontiers disposé à admettre une double origine (myélopathique et myopathique) à certains cas d'amyotrophie héréditaire. Pour lui, les muscles d'une part, le système nerveux de l'autre, seraient mis en cause simultanément. Ces faits se sont multipliés pendant ces deux dernières années.

Plusieurs observations de Bernhardt, une autre toute récente de Savil (de Londres) viennent encore compliquer les tentatives de classification.

En fin de compte, la question des amyotrophies après avoir paru définitivement tranchée par la division en deux groupes, cliniquement et anatomiquement distincts, les primitives et les secondaires, se trouve en quelque sorte ramenée à son point de départ par le fait de la fusion dans un nombre croissant de cas, des caractères différentiels qu'on s'était efforcé d'établir.

Mon but a été de rechercher d'abord les cas de myopathie progressive où s'observent des altérations des muscles de la face; ensuite, d'étudier dans leurs détails les modifications de la physiologie chez les individus atteints par la dyotrophie musculaire.

A cet effet, j'ai dû passer en revue la plupart des observations d'amyotrophie primitive publiées en France ou à l'étranger et ex-

amener un assez grand nombre de malades, en particulier tous ceux qui se sont présentés à la Salpêtrière depuis plus de deux ans.

Tout en me gardant de faire une généralisation trop hâtive—faute trop souvent commise dans l'histoire des myopathies—je crois qu'on peut dire aujourd'hui que les localisations faciales existent à des degrés divers dans la plupart des cas de dystrophie musculaire, quel que soit le type clinique auquel on s'adresse. Tout au moins, le nombre des myopathiques chez lesquels la face subit les atteintes de la maladie est-il beaucoup plus grand qu'on ne le croit d'ordinaire.—(A suivre)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. Supériorité de la méthode de Thure Brandt. 1.—L'incontinence d'urine, chez la femme, est un symptôme trop pénible pour ne pas mériter toute l'attention des gynécologistes. L'électrisation locale (galvanisation du sphincter vésical surtout), l'emploi des antispasmodiques (belladone, jusquiame, etc.) pour combattre l'irritabilité de la vessie, l'emploi des strychnés (noix vomique, strychnine, etc.) pour s'opposer à la parésie du sphincter de la vessie, sans compter tous les moyens indirects susceptibles d'agir sur l'état général en le tonifiant (hydrothérapie, séjour au bord de la mer, etc.) constituent les ressources classiques que nous avons à notre disposition pour combattre cette infirmité si désagréable. Encore, pour être complet, faudrait-il discuter les indications de la colporrhaphie antérieure quand l'incontinence d'urine semble en rapport avec une cystocèle plus ou moins accentuée, les indications des pessaires de Hodge, de Schutze, etc., quand on a lieu de soupçonner que l'utérus dévié peut jouer un rôle plus ou moins considérable dans la déformation du sphincter de la vessie. Il resterait enfin (1) à envisager les cas les plus rares, mais non exceptionnels d'incontinence due à un état congestif du bas-fond de la vessie et de la face postérieure de l'urèthre, soit sous l'influence des règles, soit sous l'influence d'une affection chronique de l'utérus (fibrome, subinvolution avec endométrite, etc.) Dans cette dernière catégorie de faits, c'est la décongestion de l'utérus, c'est le traitement de la dysménorrhée qui font cesser l'incontinence d'urine.

On voit, par ce rapide exposé, que le problème de la thérapeu-

(1) Nous laissons de côté, bien entendu, la question des fistules vésico-vaginales et celle des destructions plus ou moins étendues de la cloison vésico-vaginale dans la période ultime du cancer utérin.

tique de l'incontinence urinaire, chez la femme, est susceptible de nombreuses solutions, suivant le cas que l'on examine. Il convient d'ajouter que la plupart des moyens que nous venons de passer en revue, pour efficaces qu'ils soient quand ils sont judicieusement employés, n'en présentent pas moins l'inconvénient de n'agir qu'assez lentement, s'il s'agit des moyens non opératoires, et d'être relativement compliqués, si on s'adresse à une des opérations plastiques, telles que l'hystéropexie, l'opération d'Alexander, la colporrhaphie, etc.

Aussi, peut-on dire, sans être taxé d'exagération, que l'emploi de la méthode de Thure Brandt constitue un progrès considérable dans le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. En effet, cette méthode est applicable dans toutes les variétés que nous avons analysées tout à l'heure ; elle est d'une simplicité plus grande que tout autre moyen local et n'exige aucun outillage spécial, elle agit enfin avec une rapidité souvent surprenante. Je l'ai utilisée, avec succès, pour ma part, dans une dizaine de cas d'intensité moyenne et dans un cas relativement grave que j'ai rapporté, en 1892, dans ce journal, à propos d'une observation analogue de M. Popelin. J'ai revu, ces jours-ci, la malade que j'avais traitée il y a deux ans ; elle est restée parfaitement guérie de son incontinence d'urine, sans autre traitement que les 18 massages que je lui avais faits à cette époque.

Les observations de ce genre ne sont pas très nombreuses, sans doute en raison des préjugés que rencontre encore le massage gynécologique, préjugés contre lesquels beaucoup de nos confrères n'osent pas lutter ouvertement, par un sentiment facile à comprendre ; aussi faut-il savoir gré au Dr Narich (de Smyrne) de la persistance avec laquelle il revient sur ce sujet.

Dans notre précédente revue (juin 1892), nous avons décrit le procédé de Thure Brandt. Voici, pour finir, le procédé simplifié par M. Narich :

“Introduire l'index graissé en suivant la paroi supérieure du vagin jusqu'au niveau du sphincter vésical et même un peu au-dessus. Comprimer la région sphinctérienne contre la face postérieure du pubis en promenant le bout de l'index alternativement à droite et à gauche. Le mouvement qu'on fait 4, 6 ou 8 fois, unis à la compression contre le pubis, constitue le massage. Le massage de cette région étant légèrement douloureux, les femmes, craignant qu'il ne dure trop longtemps et que la douleur n'aille en augmentant, demandent que l'on cesse dès le deuxième ou le troisième mouvement. C'est pour cela que, dès la première séance, il est bon de commencer par deux ou trois mouvements légers et n'augmenter la pression que graduellement tout en affirmant à la patiente qu'en effet cela ne durera pas plus de quelques secondes.”

En résumé, le traitement de l'incontinence d'urine, chez la femme, par le massage direct du sphincter de la vessie représente

un véritable progrès sur les autres modes de traitement de cette pénible infirmité ; c'est en effet un traitement à la fois très simple et d'une efficacité rapide et durable.—*Revue des maladies des Femmes.*

JULES BUTAUD.

De la perforation des parois utérines par la curette, par L. E. DUPUY, médecin de la Maternité et de l'hôpital de Saint-Denis.— En 1873, nous avons attiré l'attention des lecteurs du *Progrès Médical* sur la possibilité et les dangers de la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, en nous appuyant sur 17 observations de malades chez lesquelles cette complication s'était produite. Il nous a été possible d'établir, dès cette époque, que dans certains états pathologiques ou consécutifs à la puerpéralité, le parenchyme de l'utérus était friable au point de n'opposer aucune résistance à l'hystéromètre introduit, même avec les plus grandes précautions, dans sa cavité; alors cet instrument après avoir perforé le fond de l'organe, pénètre dans la cavité péritonéale et il devient possible de sentir sa pointe jusqu'au niveau de l'ombilic! Ce que nous disions de l'hystéromètre s'applique aussi bien à la curette. Cette dernière, du temps de Récamier, a perforé plus d'un utérus! On peut même dire que ce sont les perforations produites par les raclages utérins avec la curette de Récamier qui ont mis Aran le premier sur la voie des conditions de ramollissement utérin rendant dangereux l'emploi de l'hystéromètre; il a pu citer 3 cas de mort survenue à la suite de curettages malheureux. Quoique fort décrié, le curettage ne fut cependant jamais complètement abandonné en France: Robert, Trouseau, Nélaton, Maisonneuve, Nonnat, etc., lui eurent certainement des succès. Depuis un certain nombre d'années, le perfectionnement de la curette (Sims, Wolkmann), et du mode opératoire (dilatation préalable du canal utérin, abaissement de l'organe), l'emploi des procédés antiseptiques ont remis l'opération de Récamier en faveur et celle-ci est désormais le traitement de choix pour les endométrites.

"Sang. glaires et douleurs, ont écrit Forgue et Reclus, voilà l'ensemble symptomatique qui indique le curettage utérin."

Comme ces symptômes ne sont pas rares chez la femme, le curettage se pratique aujourd'hui sur une vaste échelle et il faut bien reconnaître qu'il a rendu et rend journellement de nombreux services.

Mais gardons-nous de l'engouement; ne faisons pas d'opération qui ne soit absolument nécessaire et nettement indiquée, car le curettage n'est pas toujours inoffensif, tant s'en faut: souvenons-nous toujours que le parenchyme utérin, sous l'influence d'inflammations chroniques, du cancer, de la tuberculose ou de la puerpéralité, peut se ramollir et que dès lors sa perforation est à craindre. A ceux qui seraient tentés d'oublier cette vérité nous rappellerons une récente discussion de la *Société gynécologique et*

obstétricale de Berlin au cours de laquelle plusieurs orateurs rapportèrent des exemples de perforations par la curette.

Voici le résumé de ces observations :

I. *Observation d'Alberti*.—Multipare, 32 ans. Anémie aiguë par suite de métrorrhagies peu abondantes mais répétées, survenues après un retard de 15 jours. Le col est dilaté et l'écoulement sanguinolent fétide. Curettage dans l'idée qu'il s'agit d'un avortement avec rétention des membranes. Une pince amène à la vulve, au lieu d'un lambeau de membrane, une anse intestinale de 17 centimètres. Laparotomie : l'anse est tellement pincée dans l'orifice du col qu'il faut sectionner ce dernier. La paroi utérine très amincie est suturée. Guérison.

II. *Observation de Veit*.—Après un avortement, tentatives infructueuses d'amener avec le doigt les membranes retenues dans l'utérus (curettage digital); une tentative d'extraction avec la pince amène à la vulve une anse intestinale. Veit réduit l'anse après avoir agrandi l'ouverture utérine; hystérectomie vaginale. 48 heures après. péritonite septique. Mort.

III. *Observation de Gusserow*.—Avortement avec rétention des membranes. Curettage. La pince ramène de l'épiploon. Laparotomie, hystérectomie sus-vaginale et résection de la masse épiploïque étranglée dans la paroi utérine. Thrombose fémorale et mort par embolie pulmonaire.

IV. *Observation d'Ortmann*.—Rétention des membranes et hémorrhagies à répétition à la suite d'un avortement de 3 mois. Curettage : la pince ramène à la vulve une anse d'intestin perforée et détachée de son mésentère. Laparotomie : l'anse prolabée est adhérente à l'utérus, ce qui explique la perforation et la déchirure. Hystérectomie : résection de l'intestin dont les deux bouts sont suturés. Guérison.

V. *Observation d'Olshausen*.—Avortement et rétention des membranes. Curettage : la pince ramène une anse intestinale. Laparotomie : résection de 30 centimètres d'intestin. Mort par péritonite suraiguë.

Observation de Martin.—Rétention des membranes après l'avortement. Curettage : la pince amène à la vulve 75 centimètres d'intestin que l'opérateur arrache du mésentère et laisse perdu entre les jambes. Collapsus. Mort rapide.

Ces faits sont tristement instructifs; nous ne chercherons pas si la perforation a été faite par la curette ou par la pince : il est probable que les médecins allemands n'ont eu recours à cette dernière que pour saisir l'anse intestinale déjà prolabée et prise pour les membranes. L'emploi de la pince a, en tous cas, fortement aggravé la situation, car il est généralement possible, si l'on s'aperçoit à temps de l'amincissement ou de la perforation de la paroi utérine, d'obturer complètement la cavité de la matrice à l'aide d'un tamponnement de gaze iodoformée, et d'empêcher ainsi les

viscères abdominaux de s'engager dans la plaie, voire même de s'y étrangler. Dans l'opération du curettage soit *instrumental*, soit *digital*, il faut donc limiter le rôle de la pince et ne s'en servir que pour l'introduction de tampons aseptiques. Si les circonstances l'exigent absolument, on n'emploiera cet instrument qu'après s'être bien assuré par l'exploration intra et extra-utérine, à l'aide de la main placée sur le fond de la matrice et du doigt introduit dans la cavité utérine, que l'hypothèse d'un prolapsus intestinal peut être formellement écartée.

Nous pensons aussi que dans le traitement des accidents septicémiques consécutifs à la rétention placentaire, en cas d'avortement, il convient toujours de tenir compte de la possibilité d'une perforation ou d'une rupture imputables à la friabilité du tissu utérin. À cet effet, on fera maintenir exactement et on explorera souvent le fond de l'utérus, on n'aura recours aux curettes que lorsque l'opération digitale sera insuffisante ou impossible et on maniera ces instruments avec les plus grandes précautions chaque fois que le muscle utérin n'offrira plus sa résistance habituelle. Le curettage utérin est, avant tout, une opération de patience, de lenteur et de tact.—(*Progrès méd.*)

Traitement des troubles de la ménopause.—Les nombreux désordres qui atteignent les femmes à l'époque de la ménopause peuvent être attribués à deux causes : aux troubles de la circulation offrant un caractère de stase dans les différents organes et aux modifications du système nerveux qui sont accompagnées de phénomènes d'irritation et d'hyperesthésie. Les bouffées de chaleur, la tendance aux hémorragies nasales ou autres, les transpirations abondantes, les accès de tachycardie, de vertige, la stase sanguine dans les organes du petit bassin, les hémorroïdes, les troubles psychiques, etc., sont les phénomènes habituels de l'âge critique qui, de tout temps, a excité l'attention des médecins.

Autrefois on recommandait tout particulièrement les émissions sanguines, la saignée, les ventouses comme moyens préventifs. Elles peuvent en effet combattre momentanément les phénomènes de stase mais elles ont l'inconvénient de soustraire du sang, d'amener l'anémie et d'affaiblir le système nerveux. Kisch fait au contraire grand cas des purgatifs qui ont été recommandés de tout temps et qui sont très efficaces dans les congestions passives qui se traduisent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale. Une partie du sang accumulé est consommée par les sécrétions intestinales abondantes, et la transsudation diminue la pression collatérale dans les vaisseaux abdominaux. Les purgatifs sont indiqués dans les hyperémies de la muqueuse stomacale ou intestinale, du foie, du poumon, des méninges. Ils exercent une action révulsive favorable sur l'utérus et ses annexes et sont absolument nécessaires pour combattre le météorisme qui accompa-

gne la constipation; cependant on doit éviter les drastiques et n'employer que les moyens qui exercent une influence persistante et un peu énergique sur l'intestin. L'auteur recommande ainsi la manne, la rhubarbe, les sels purgatifs, la pulpe de tamarin, de prune et rejette habituellement l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap et d'autres drastiques, ou ne les réserve que pour certains cas particuliers. Les lavements ou les irrigations intestinales, les applications humides sur la région hypogastrique sont des moyens adjuvants très utiles. Kisch, qui exerce à Marienbau, recommande aussi les cures thermales avec les eaux salines et chlorurées sodiques, surtout lorsqu'il y a des tendances aux congestions cérébrales, aux névralgies ou à la tachycardie.

Les bains tièdes à 30° ou 32° C. constituent un moyen thérapeutique important dans les troubles de la ménopause. Ils stimulent les fonctions cutanées, diminuent la tendance à l'acné, à l'eczéma, au prurit; ils exercent une action calmante sur le système nerveux, les hyperesthésies cutanées, les névralgies viscérales et les troubles psychiques. D'après l'auteur, les eaux acidulées gazeuses, les eaux ferrugineuses et les eaux salines sont contre-indiquées en raison des phénomènes d'excitation qu'elles produisent sur le système vasculaire: il en est de même des bains de mer froids.

Les hémorragies de la ménopause exigent toute l'attention des médecins en raison de l'état d'anémie et de marasme qu'elles peuvent produire et qui offrent un terrain tout préparé pour la production des néoplasmes malins. L'hémorrhagie est peu abondante. Le repos, l'emploi local du froid, les injections froides, les applications de glace sur l'abdomen peuvent suffire.

Si ces moyens échouent, on a recours aux tamponnements vaginaux avec la gaze iodoformée qu'on laisse en place pendant plusieurs heures. Kisch prescrit encore avec avantage une teinture hémostyptique qui contient 0,10 d'ergot par gr mme de teinture dont il donne 23 gouttes toutes les heures.

Un phénomène pénible de la ménopause assez fréquent est le prurit de la vulve et du vagin. Il constitue parfois le premier symptôme du cancer du col. Pour combattre ce symptôme du cancer Kisch recommande aux malades de prendre tous les soirs avant de se coucher un bain tiède à 30°, additionné de 1 kilogr. de soufre que l'on enferme dans un sac plongé dans le bain. La durée de ce dernier doit être de vingt minutes. Après le bain, on saupoudre la vulve avec le mélange suivant: acide salicylique 1gr., amidon et talc pulvérisés à 50 gr. Cette poudre est employée plusieurs fois par jour.

Le régime a une importance considérable dans le traitement de la ménopause. A ce point de vue, on peut distinguer deux catégories parmi les femmes arrivées à la ménopause. Les unes ont un tempérament sanguin et sont prédisposées à l'obésité; les

autres sont excitables, nerveuses, plutôt maigres. Aux premières convient un régime légèrement dégraissé; aux secondes il faut un régime très nourrissant, sans excitant, riche en amylacés, le repos du corps et de l'esprit. D'une manière générale, toutes les femmes devront éviter les rapports sexuels fréquents qui congestionnent les organes génitaux; la suppression brusque des règles pourrait alors avoir de graves conséquences.—*La France méd., d'après la Pester med. chir. Presse.*)

Les dangers de la symphiséotomie.—Tel est le titre d'une communication faite dernièrement par M. Fraipont à la *Société médico-chirurgicale de Liège*. C'est, comme on le sait, un sujet qui depuis quelque temps occupe les accoucheurs.

La *symphiséotomie* n'est pas une opération nouvelle, mais elle devait bénéficier comme les autres des bienfaits de l'antisepsie. C'est ce qui est arrivé. Dès lors on l'a employée plus souvent; ses indications se sont étendues à ce point même que, si nous sommes bien renseigné, certaine école parisienne serait sur le point de la mettre en pratique dans tous les cas où autrefois on avait recours à d'autres manœuvres.

Il y a là probablement une exagération, et ces doctrines sont loin d'être partagées par tous les accoucheurs qui, cependant, pratiquent la *symphiséotomie* dans certains cas et n'ont même qu'à s'en louer; mais ce n'est pas de cela dont nous voulons nous occuper. M. Fraipont a-t-il raison quand il affirme que cette opération obstétricale n'est pas sans danger? Ou faut-il adopter l'opinion de M. Carusio (Thèse 1893.—*Contributio alla pratica della sinfisotomia*) qui ne craint pas de déclarer que si la mort survient après une pareille intervention, elle est le fait du chirurgien lui-même et non de l'opération.

Exposons les arguments de M. Fraipont. Ce confrère invoque d'abord les statistiques qu'il dit les plus récentes et trouve les chiffres suivants: En France, sur 33 *symphiséotomies* pratiquées en 1892, il y a eu 6 décès, soit une mortalité de 18,1 pour 100. En Allemagne, si l'on s'en rapporte au relevé de Froumel qui porte sur 78 *symphiséotomies*, on arrive à une léthalité de 11 $\frac{1}{2}$ pour 100 pour la mère et de 28,2 pour 100 pour le fœtus. C'est, comme on le voit, une moyenne à prendre en considération si on se fie aux statistiques. La mort serait due à l'hémorragie, au choc, voire même à la septicémie, nous dit M. Fraipont.

Si, maintenant, on met en parallèle la *symphiséotomie* et l'opération césarienne, M. Fraipont trouve pour cette dernière une mortalité de 2,8 pour 100 sur un total de 35 interventions et la mortalité infantile est aussi bien inférieure.

Veut-on savoir quelles sont les complications qu'on peut voir naître dans la *symphiséotomie*, c'est une hémorragie ayant son point de départ dans les plexus veineux rétopubiens ou prové-

nant du clitoris. On a aussi observé des déchirures de la vessie, du vagin, laissant quelquefois à leurs suites des fistules soit uréthrales, soit vaginales.

Quant aux sorts ultérieurs des opérées, quant au résultat opératoire, on a beaucoup écrit sur ce sujet ; il est certain que dans beaucoup de cas, la symphise ne s'est pas consolidée et la mobilité des deux os iliaques l'un sur l'autre a entraîné des troubles fonctionnels soit du côté des membres inférieurs, soit du côté des organes urinaires. Aussi a-t-on proposé de faire une suture de la symphise, suture qui, pour certains accoucheurs, devrait être immédiate. Ces sutures réussissent du reste fort bien et on peut y recourir dans le cas où il se fait un défaut de consolidation.

Tels sont les arguments de M. Fraipont que nous nous bornons à enregistrer sans les discuter. Il ne faut pas, pour cet accoucheur, abandonner la symphiséotomie, mais savoir en limiter les indications.

Il est certain que, compris de cette façon, l'agrandissement momentané du bassin est une opération recommandable et cette opinion est soutenue par un ouvrage de M. Fraipont, le docteur Lambinon, qui s'en montre aussi partisan dans certains cas, sans toutefois ne pas faire une large place à l'accouchement provoqué et à l'opération césarienne.—*L'Union médicale.*

PEDIATRIE.

Des accidents de la dentition, par le Dr RICHARD DREWS, médecin d'enfants à Hambourg.—Dans le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, no 39, M. Dutauziet s'efforça de combattre la thèse de M. Magitot, qui n'avait pas hésité à demander à l'Académie (séance du 12 juillet 1892), que la classe des maladies dites de dentition fût définitivement rayée du cadre de la nosologie médicale, et examina d'abord quels avaient été avant M. Magitot et quels étaient avec lui les partisans, "les observateurs plus sagaces que les maîtres anciens et modernes de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à Hœnrich," de l'opinion qu'il défend, et ensuite quels étaient ses adversaires. Le résultat du travail de M. Dutauziet fut que les accidents de la dentition existent sous forme d'accidents locaux et d'accidents généraux ou sympathiques : d'abord une sensation de démangeaison dont A. Delabarre a nettement établi la réalité sous le nom de prurit de dentition, puis l'inflammation de la gencive qui peut se propager à toute la muqueuse buccale, au pharynx et dans toute la longueur du tube digestif, au larynx et dans toutes les ramifications des voies aériennes, avec fièvre, agitation et douleurs ; enfin des accidents généraux : des convulsions

partielles et généralisées et des terreurs nocturnes. Pour combattre le gonflement très noté de la gencive M. Dutauziet recommande l'incision cruciale malgré que M. Henoeh, qui lui est une autorité incontestable, ne lui attribue pas une efficacité bien évidente.

Mais en citant les partisans de la thèse de M. Magitot il a oublié le nom de M. Kassowitz, directeur du premier hôpital d'enfants public à Vienne, qui combat depuis plusieurs années infatigablement au premier rang contre la chimère des accidents de la dentition. Si M. Dutauziet avait cité le nom de M. Kassowitz et ses observations, toute sa doctrine de l'existence des accidents de la dentition, dont " la réalité énergiquement affirmée par les vieux maîtres apparaît évidente ", serait tombée en ruines comme un château de cartes, parce que M. Kassowitz est le seul auteur moderne qui ait fait de grandes observations sur la poussée des dents et qui ait prouvé que les accidents de la dentition n'existent pas.

Mais il me semble que M. Dutauziet ne connaît pas son excellent livre : des leçons des maladies d'enfants à l'âge de la dentition, qu'il a publié en 1892. Le résultat de ses minutieuses et nombreuses observations était que la dentition ne fait aucune accident quel qu'il soit, ni local, ni général, ni sympathique et que toutes les maladies dont les enfants sont atteints pendant l'époque de la dentition ne se rapportent pas autrement à la dentition, qu'elles se passent simultanément. Invité par la société de thérapeutique infantile à donner un rapport de ses expériences au congrès à Nuremberg 1882, qui n'avait pas lieu à cause du choléra, il a publié ce rapport dans les documents de la thérapeutique infantile du premier hôpital d'enfants public à Vienne 1893, dans la nouvelle série n° IV. Dans ce rapport M. Kassowitz dit qu'il était vrai que la doctrine des accidents de la dentition n'était pas seulement la croyance du peuple et de certains médecins absolutistes de campagne mais aussi de la plus grande majorité des médecins en quantité variable. Il n'y a aucun livre d'instruction ou traité allemand des maladies d'enfants qui ne traite les accidents de la dentition comme réels, ainsi que les auteurs français et allemands cités par M. Dutauziet par exemple Bouchut et Henoeh. L'existence de la stomatite dentaire, de la diarrhée dentaire, de la fièvre dentaire, des convulsions et même de la toux " sèche spéciale " dentaires, de l'exanthème dentaire et enfin de la tétanie, des terreurs nocturnes, du branlement spastique de la tête, de la chorée et de la paralysie spéciale de cause dentaire est affirmée et enseignée.

Aussi les livres populaires d'éducation des enfants, excepté le livre remarquable posthume de M. Brucke décrivent les accidents de la dentition.

En Allemagne et en Autriche le procédé sanglant de la scarification de la gencive n'est plus en usage, mais chez les romains et anglo américains il est recommandé dans les livres d'instruction les plus fameux. En Angleterre et en Amérique la scarification de la

gencive est pratiquée au moins par la moitié des médecins praticiens; comme le dit M. Dutauziet, "quand il y a un gonflement très net de la gencive, beaucoup de médecins pratiquent l'incision cruciale. M. Kassowitz a raison de nommer ce procédé, "*furor scarificatorius*" car les dents ne viennent pas aussitôt à cette invitation aimable, il faut sacrifier toujours de nouveau et par la répétition de ces opérations journalières ou même répétées plusieurs fois tous les jours, pratiques qu'a recommandées Marshall Hall en 1844, beaucoup d'enfants sont morts par une hémorrhagie insatiable ou par septicémie, parce que ces opérations barbares étaient faites sans aucune précaution contre l'infection de la plaie. Bouchut rapporte d'un journal anglais l'exemple directement tragique d'un médecin qui croyait qu'il fallait faire plusieurs scarifications de la gencive à son enfant de six mois, qui venait de supporter un accès de choléra infantile, parce que les pommettes de l'enfant étaient rouges et l'enfant inquiet, c'est-à-dire parce que l'enfant montrait une vivacité fébrile après l'accès de choléra. Les scarifications ne saignèrent que peu et tout se passa comme d'habitude. Quatre jours après les scarifications furent réitérées, la saignée ne put être arrêtée malgré tous les moyens styptiques et l'enfant mourut en peu de jours. Il est horrible que le malheureux père n'ait pas songé à se demander si cette opération funeste était réellement nécessaire et au contraire qu'il s'étonnât que les styptiques eussent été sans succès et que l'opération si souvent faite se terminât si malheureusement. Malgré tout cela Bouchut déclare sur la même page de son livre d'instruction cette opération comme innocente et la recommande très vivement. En août 1888 dans la Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Karth rapporta l'histoire d'un enfant atteint de convulsions auquel on faisait des scarifications de la gencive, parce qu'il mettait les doigts à la bouche. Après on observait que l'enfant avait été atteint de syphilis du cerveau. Henoeh à Berlin et Vogel à Dorpat, bien qu'ils soient en théorie partisans de la doctrine de la dentition difficile, ont déclaré qu'ils n'ont observé dans aucun cas où ils ont fait cette opération, une indubitable influence sur les symptômes pathologiques et surtout sur les convulsions pendant la dentition. En Angleterre la dentition est regardée comme cause de mort, et en 1891, 4, 8 0/0 de tous les enfants morts au-dessous d'un an, et 7, 3 0/0 des enfants morts entre un an et trois ans sont inscrits dans les registres mortuaires comme morts par la dentition.

Tous ces faits, dit M. Kassowitz, prouvent l'importance de s'opposer à la chimère des accidents de la dentition. Il n'est pas toujours bien et il ne suffit pas, "que la réalité des accidents de la dentition" soit énergiquement affirmée par des maîtres, qui sont vieux, parce que tous ces vieux et aussi les nouveaux maîtres, qui affirment cette réalité n'ont jamais fait des observations soigneuses sur un très grand nombre d'enfants qui font les dents, spécialement pour examiner les maladies contemporaines de la poussée des dents

et leurs causes. Ce sont les observateurs de ces derniers temps "plus sagaces pour affirmer que les accidents de la dentition n'existaient pas," comme dit ironiquement M. Dutauziet, qui ont mieux examiné les enfants malades par la dentition. Qu'est-ce qu'il dit : que M. Leroy de Méricourt a élevé six enfants et dix petits enfants ? M. Kassowitz a examiné dans son hôpital chaque année plus de 12.000 enfants malades parmi lesquels beaucoup étaient atteints de rachitisme et auxquels à cause du traitement par le phosphore les dents poussaient en nombre complet ; il n'a jamais trouvé dans aucun cas des accidents de la dentition, ni locaux, ni généraux, ni sympathiques, mais toujours disparition des troubles rachitiques, et malgré les nombreuses et rapides éruptions des dents, un bon état de santé. Le même résultat négatif a été donné par l'observation de 500-700 enfants vaccinés chaque année et des enfants traités pendant longtemps où chaque changement apparent dans la bouche était inscrit tous les jours, où l'on examinait la température, le poids et les garde-robes. À la gencive, M. Kassowitz n'a trouvé jamais un autre changement que la convexité de la gencive, qui précède la poussée des incisives et des prémolaires et molaires mais non des canines, de plusieurs semaines et même de plusieurs mois, mais cette convexité toujours revêtue d'une muqueuse normale ordinairement un peu plus pâle, mais jamais hyperémie ou enflammée, dont l'attouchement et même la pression ne produit jamais les moindres douleurs, ne peut être estimée comme anormale, car avec la même raison, dit M. Kassowitz, on pourrait considérer un abdomen étendu en voûte par la grossesse comme un symptôme pathologique.

La plus soignée observation des enfants avant et pendant la poussée des dents a montré que la salivation des enfants ne se rapporte pas à la dentition, parce qu'elle commence dans la plupart des cas longtemps avant la première poussée et s'arrête très souvent avant que la poussée ait lieu, sans qu'elle se réitère pendant une poussée ultérieure.

L'habitude de beaucoup d'enfants de mettre à la bouche tous les corps qui leur tombent sous la main, dont Dalabarre a nettement établi la réalité sous le nom de prurit de dentition, parce qu'il croyait qu'une sensation de démangeaison forçait les enfants, sans cependant qu'il y eût réellement douleur, à frotter leurs gencives et auxquels il a recommandé son fameux sirop "pour faciliter la dentition et pour prévenir ou supprimer tous les accidents dont elle est la cause", qui à ce côté bon, d'être inoffensif, — cette habitude ne se rapporte à la poussée des dents ni causalement, ni temporellement.

Naturellement la dentition ne préserve pas les enfants contre les affections pathologiques de la muqueuse de la bouche et la stomatite aphteuse et la stomacace existent chez les enfants pendant la dentition tout autant qu'avant et après. Mais jamais malgré

l'attention la plus soigneuse M. Kassowitz n'a trouvé un cas où un enfant ait été atteint pendant deux poussées consécutives et bien moins à chaque dent d'une éruption d'aphtes ou d'une inflammation de la muqueuse de la bouche.

L'observation de la température chez plusieurs centaines d'enfants vaccinés et atteints de rachitisme au milieu de la dentition pendant des mois et même des années n'a jamais montré la moindre augmentation de la température, excepté quand les enfants étaient atteints d'une angine simple ou folliculaire, d'un rhume infectieux ou d'une bronchite, d'une pneumonie ou d'une autre maladie fébrile. Une fièvre causée par la dentition n'existe pas en réalité.

Aussi bien il n'y a pas de mouvements convulsifs pendant la dentition, qui pour Barthez et Rilliet compliquent principalement le travail de la poussée des dents, qu'on ne pourrait ramener aux mêmes causes que ceux qui se passent hors de la dentition. Ces mouvements convulsifs sont, soit des convulsions musculaires au commencement d'une maladie fébrile ou d'un exanthème fébrile ou d'une pneumonie ou d'une angine ou de la diphtérie, ou bien ce sont des convulsions fébriles à cause d'un rachitisme florissant avec craniotabès. Ces dernières convulsions s'arrêtent par la thérapie du rachitisme.

Quand aux troubles nerveux, M. Dutauzier cite Blache et Guersant, qui disent : " Une des causes des maladies qui surviennent pendant le cours de la dentition est aussi l'espèce de susceptibilité nerveuse à laquelle ce travail dispose plus ou moins les enfants et qui est surtout très prononcée chez ceux qui sont doués d'un tempérament éminemment nerveux." Mais M. Kassowitz a trouvé que tous ces troubles nerveux, l'inquiétude nocturne, la mauvaise humeur psychique, les plus rares branlements spastiques de la tête, le spasme de la glotte et la tétanie sont incontestablement produits par l'affection rachitique du crâne et par la plus grande susceptibilité de certains centres nerveux dont elle est la cause. Ces troubles nerveux ne sont pas causés par la dentition difficile, mais ils ont la même cause que celle-ci, c'est-à-dire le rachitisme.

Quand aux troubles des organes de la digestion " qui compliquent si souvent les symptômes nerveux et cérébraux à l'époque du travail de la dentition, quoiqu'on ne puisse pas savoir jusqu'à quel point la dentition influe sur la forme que prennent ces maladies," les soigneuses observations de M. Kassowitz ont démontré :

1o Que le nombre et la qualité des garde-robes à aucune époque de la dentition, ni pendant la poussée, ni pendant la sortie des dents n'indiquent une anomalie ;

2o Que le nombre de ces maladies se rapporte en proportion contraire à l'âge des enfants ; ainsi que le quatrième semestre, pendant lequel ordinairement les premières prémolaires, et les si effroyables dents cœllères paraissent, montre dans la statistique une réduction à moins d'un cinquième en comparaison du premier, qui est ordinairement sans dentition ;

30 Les saisons ou plutôt la température extérieure exercent la même influence sur la quantité des diarrhées d'enfants, que l'âge. En été, la quantité de ces maladies est très grande, mais pendant les mois de printemps et d'automne, surtout en décembre, janvier et février elle est si petite que si on fait abstraction des diarrhées survenant hors de la dentition et de celles qui sont causées par des influences nuisibles apparentes, il ne reste absolument aucune place pour la diarrhée causée par la dentition.

La toux, les exanthèmes et les troubles d'excrétion de l'urine dits causés par la dentition, toutes ces affections se passent chez les enfants à l'époque de la dentition de la même manière qu'avant ou après la poussée des dents.

Quant enfin à la question de savoir si la dentition, " cette rapidité d'ossification vers les os de la mâchoire pendant le premier âge, " détermine nécessairement un afflux plus considérable du sang et un surcroît d'activité vers la tête et en particulier vers le cerveau, d'où partent tous les nerfs qui se distribuent aux mâchoires, et si cette première cause dispose déjà prochainement à la plupart des accidents qui ont lieu à l'époque du travail de la dentition, M. Kassowitz a interrogé la statistique, qui montre que dans les maladies les plus habituelles des enfants, par exemple les maladies aiguës des organes de la respiration, comme dans les troubles des organes de la digestion, les chiffres deviennent d'autant plus grands que les enfants sont plus jeunes, et aussi que la mortalité est plus grande dans les mois avant la dentition que pendant cette époque. La mortalité, examinée *en grand* est extraordinairement influencée par l'âge des enfants, mais une augmentation n'existe, ni au commencement, ni au cours de la dentition. Par exemple, dans les cinq années 1884-1889, le nombre des enfants morts à Vienne est de :

I Mois 10984	I Trimestre 16714	I an 27184
II " 3183	II " 4637	II " 6593
III " 2547	III " 3194	III " 3113
	IV " 2641	IV " 1825
		V " 1120

(A suivre)

Définitions variées de l'argent : c'est un métal qui s'allie, salit et mésallie. — C'est un poison dont l'antidote est la charité. — C'est la raison du plus fort et l'excuse des gueux. — C'est la pince-monseigneur de l'humanité, — ce qui roule le plus et ce qui tombe le moins. — C'est un tyran qui a pour palais la bourse, pour esclave les hommes, pour empire le monde. — C'est du respect monnayé, c'est l'indépendance, le talisman de l'amour, la pierre de touche de l'humanité, la benzine de l'honneur, — Enfin, c'est la morphine de l'existence.

FORMULAIRE.

Eczéma.

- P.—Huile d'amande douce, glycérine, de chaque. 3 drachmes fl.
Oxyde de zinc..... 1½ drachme

M.—Usage local.—*Medical Press and Circular.*

Amenorrhée.

- P.—Bichlorure de mercure..... ¾ grain.
Arséniate de soude..... 1 “
Sulfate de fer sec..... 30 grains.
Carbonate de potasse..... 15 “
Extrait de noix vomique..... 5 “

Mélez et divisez en 30 pilules.—*Dose* : Une pilule à prendre avant chaque repas.—*Practitioner.*

Phthisie laryngée.

- P.—Iodoforme..... 60 grains.
Poudre d'acide borique..... 7 “
Poudre de phosphate de chaux..... 160 “

M.—Matin et soir on insuffle cette poudre dans l'arrière-gorge, la poudre devant être très tenue.—*Medical Press and Circular.*

Urticaire.

- P.—Eau de chaux..... }
Eau de laurier cerise..... } parties égales.
Glycérine..... }

M.—La peau est lotionnée d'une certaine quantité du liquide, puis recouverte d'une mince couche de ouate.—*Medical Press and Circular.*

Diarrhée fétide chez les enfants.

- P.—Calomel..... 1½ grain.
Sulfo carbonate de zinc..... 2½ drachmes.
Sousnitrate de bismuth..... 2 onces.
Pepsine..... 30 grains.

M.—Divisez en vingt poudres.—*Dose* : Trois poudres par jour pour un enfant d'un an.—*Medical Press and Circular.*

Coqueluche.

- P.—Sulfonal..... 1 grain.
Créosote..... 2 minimes.
Sirop de tolu.....
Eau..... àâ 2 onces fl.

M.—*Dose* : Deux cueillerées à thé, à répéter toutes les deux heures. Cette préparation est très efficace chez les enfants.—*Practitioner.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: Dr H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, OCTOBRE 1894.

BULLETIN.

Le onzième Congrès International des Sciences Médicales, tenu à Rome, du 29 mars au 5 avril 1894.

M. S. LAACHE, de Christiania, a donné, à une des séances générales, un travail très élaboré sur *l'hypertrophie idiopathique du cœur et de la dégénérescence du muscle cardiaque*. Commencant d'abord par rappeler que les médecins de l'antiquité étaient arrivés à un résultat singulièrement paradoxal, à savoir que le cœur lui-même ne pouvait pas être malade; il donne succinctement les progrès successifs de la connaissance des maladies cardiaques et entre dans son sujet :

“Il est impossible, dit-il, de donner en quelques mots une *défi-nition* exacte de l'hypertrophie idiopathique du cœur: nous avons, en effet, un ensemble clinique, un peu vague il est vrai, embrassant des affections organiques bien différentes les unes des autres, mais ayant toutes un trait commun: l'agrandissement du cœur et l'absence d'obstacles circulatoires anatomiques patents, mécaniques, si l'on veut, avec ce fait que les valvules restent intactes ou que leurs lésions ne sont nullement proportionnelles aux autres principaux signes anatomiques et cliniques.

“Le degré d'augmentation du volume du cœur peut varier entre les limites les plus étendues. C'est justement ici que nous rencontrons *le cœur de bœuf* sous sa forme la plus caractéristique. Mais d'un autre côté nous aurions grand tort de n'avoir égard qu'à la *quantité*: un cœur d'un grand volume peut très bien fonctionner, tandis qu'un cœur peu volumineux ne fonctionne souvent que fort mal.”

M. Laache est d'avis qu'il en est du cœur comme d'un autre muscle creux de l'organisme: l'estomac. “Ce qui importe, dit-il, n'est pas tant la grandeur absolue, la dilatation de l'organe, que la façon dont il fonctionne ou son insuffisance. Pour un certain

nombre de cas, on ne saurait trouver de dénomination mieux appropriée que le *weakened heart* des Anglais, terme qui a été à bon droit introduit sur le continent pour désigner la dégénérescence cardiaque dans son sens le plus général.

Quant à l'étiologie de l'hypertrophie et la dégénérescence du muscle cardiaque, ces affections offrent beaucoup d'intérêt en raison de la variété de leurs causes, surtout au point de vue hygiénique ou si l'on veut, social, comparativement aux affections valvulaires, dans lesquelles le rhumatisme joue un rôle tout à fait prépondérant.

Sans vouloir énumérer ici toutes les causes *prédisposantes*, je me bornerai à citer l'hérédité comme l'une des trois principales indiquées par Albertini, et en second lieu les états qui, pour employer l'expression de Bouchard, se traduisent par un *ralentissement de la nutrition*. Comme causes *déterminantes*, il en est surtout deux qui ont été l'objet de nombreuses discussions au cours de ces dernières années: je veux parler de l'alcoolisme et des *efforts musculaires poussés à l'excès*.

L'alcoolisme est, en effet, à cet égard, d'une importance considérable, surtout sous la forme spéciale qu'il affecte chez les *buveurs de bière*: l'abus de cette boisson serait, d'après Bollinger, la cause principale de l'hypertrophie dite idiopathique pure.

La pléthore provoquée par l'ingestion immodérée de bière et l'augmentation qui en résulte dans la pression sanguine, jointe à une action nocive directe sur la musculature cardiaque, explique la part croissante que les affections du cœur ont prise dans la mortalité à Munich, où elles arrivent même à disputer la première place à la tuberculose. Le "cœur de bière," qui provient de l'abus de cette *bière bavaroise*, si justement renommée, constitue certainement un côté neuf et non le moins intéressant des manifestations si multiples de l'alcoolisme chronique.

Je passe maintenant au *surmenage physique* dont l'influence nocive est si évidente dans toutes les affections du cœur et qui a été regardé jadis comme suffisant à lui seul pour provoquer les perturbations les plus graves dans l'activité du muscle cardiaque. C'est précisément au surmenage du cœur que, d'après la plupart des auteurs contemporains, une part importante parmi les causes déterminantes des hypertrophies non valvulaires."

Ici M. Laache signale les contradictions qu'il y a entre les médecins sur ce sujet. Il insiste sur le *sport* qui met actuellement les esprits en émoi et les muscles en activité. L'auteur ne s'oppose pas positivement au *sport*, mais il en condamne les excès, et il conclut qu'à la condition d'être prudent et que le corps soit suffisamment entraîné,—l'alcool étant toujours, cela va sans dire, sévèrement banni,—le *sport* sous ses diverses formes doit non seulement être considéré comme permis, mais c'est aussi, à n'en pas douter, le moyen le plus efficace pour tremper les muscles du corps en général et fortifier le muscle cardiaque en particulier.

M. Laache parle ensuite du surmenage intellectuel, cause intime de l'affaissement physique si fréquent à notre époque et qui, bien que souvent dissimulé sous une apparence d'énergie, n'échappe pourtant pas à l'œil attentif de l'observateur. Il ajoute qu'en cette période caractérisée par les merveilles de l'électricité, du télégraphe et du téléphone, le monde évolue avec la rapidité de l'express et l'individu succombe trop facilement, aussi bien dans le *struggle for life* que dans les luttes de l'intelligence. Et de fait, on peut à bon droit établir l'existence d'un affaiblissement, d'une "fatigue du cœur," à côté de la fatigue du cerveau, qui a depuis longtemps droit de cité dans le langage.

"Il ressort de ce qui précède, ajoute M. Laache, que les affections dont je m'occupe aujourd'hui sont, pour une large part, des maladies de la civilisation, qu'il convient d'aller chercher dans les grandes villes plutôt que dans les campagnes. Si, d'un côté, par suite de leur connexion avec l'alcoolisme et le surmenage physique, elles appartiennent plutôt au prolétariat, de l'autre et pour beaucoup d'autres motifs divers: vie sédentaire, alimentation surabondante, abus du tabac, débauches de toute espèce, les classes aisées en sont si peu exemptes, qu'il n'est pas rare de les rencontrer aux degrés les plus élevés de l'échelle sociale."

Quant à la *symptomatologie* de l'hypertrophie et de la dégénérescence cardiaque, elle suit, d'après M. Laache, naturellement dans son ensemble les lois qui régissent les affections valvulaires dont le diagnostic est généralement si facile. Mais d'un autre côté les maladies en question présentent aussi quelque chose de particulier, d'*individuel* dans leur manière d'être souvent insidieuse, comme qui dirait masquée, rendant le diagnostic d'autant plus difficile, et si bien caractérisé par un vénérable collègue qui disait un jour à M. Laache, comme résultat de sa longue expérience: "Ce sont précisément les affections du cœur les plus dangereuses, et dont le diagnostic est le plus difficile."

"L'examen du pouls, dit M. Laache, vient naturellement en première ligne. Le pouls peut être normal, mais le contraire n'est pas rare, et ses anomalies consistent alors dans son irrégularité ou dans sa lenteur."

M. Laache passe sur tous les détails et ne s'étend pas davantage sur le *diagnostic*, préférant arriver de suite au *pronostic*, sur lequel il s'exprime comme suit:

"L'issue considérée généralement comme presque inévitable dans l'hypertrophie idiopathique et la dégénérescence du cœur est la *mort subite*. On prétend ordinairement que ce mode de décès a beaucoup augmenté de fréquence de nos jours, et il est probable que cette opinion n'est pas sans quelque fondement, quoique la statistique reste muette à cet égard. De fait, on ne peut guère ouvrir un journal sans y voir relater des cas de mort subite survenues, ajoute-t-on, par paralysie du cœur. Or le contraire est

justement assez fréquent. On peut même dire que l'organe malade, le cœur, fait dans certaines circonstances preuve d'une force de résistance absolument incroyable, ce qui explique comment Haller pouvait, en son temps, lui décerner l'épithète d'*ultimum moriens*."

M. Laache n'examine que quelques points du traitement. Le but du traitement est d'établir d'abord une compensation puis de faire ce qu'il faut pour l'entretenir. Les moyens à employer peuvent être différents suivant les cas. Il emploie alors la digitale, l'iodure de potassium, le strophantus et autres toniques cardiaques, le strophantus étant généralement inoffensif dans son efficacité. La méthode consistant à exercer, à entraîner le muscle cardiaque a naturellement été appliquée jadis chez des hommes corpulents, chez des gens ne se promenant guère qu'en voiture, etc. Mais, comparativement à la méthode diamétralement opposée consistant à ménager le cœur, employée journellement par le médecin et à laquelle les malades eux-mêmes ont instinctivement recours, on peut dire que l'*entraînement du cœur* n'a été que tout récemment élevé à la hauteur d'une méthode thérapeutique par Oertel, dont les travaux sont bien connus.

Ce qui est le plus important, c'est de prévenir l'éclosion du mal. La prophylaxie, au moins en ce qui concerne tel ou tel sujet, n'excède pas les limites du possible, comme il résulte des développements dont il a été question plus haut:

M. Laache termine en empruntant une image à l'antiquité latine. "On se rappelle, dit-il, que Ménénius Agrippa, dans son célèbre apologue au peuple contre les Volsques, caractérisait l'estomac comme étant l'organe *par excellence* où tous les membres puisent leur nourriture."

M. Laache émet l'idée qu'au point de vue physiologique et à bien meilleur droit encore, c'est le cœur qu'il convient de considérer comme le centre d'où la force et la sève se répandent continuellement dans toutes les autres parties du corps humain. L'hygiène s'est jusqu'à présent occupée avec succès des poumons, des organes digestifs et du système nerveux, mais il se pourrait que l'on eût un peu trop négligé le cœur.

M. Tison, de Paris, a obtenu de bons résultats de l'emploi du lysol dans le traitement des maladies infectieuses. Il l'a employé surtout dans les fièvres éruptives et plus spécialement dans la fièvre typhoïde. Il le donne à dose de huit gouttes dans une potion de 120 grammes (4 onces) d'eau. On ajoute deux gouttes d'essence de menthe qui masque très bien l'odeur et la saveur du lysol. Ce médicament ne tarde pas à modérer la diarrhée, puis à en supprimer l'odeur fétide. Il possède une action antidiarrhéique manifeste qu'on peut utiliser dans d'autres circonstances, par exemple chez les tuberculeux. Il n'a aucune action sur les reins. Il n'a jamais provoqué l'albuminurie. M. Tison a même vu cesser celle qui existait au début de la fièvre typhoïde.

Cette médication n'abrège pas la durée de la maladie et elle n'empêche pas l'administration des autres substances: quinine, analgésine, etc., que l'état du malade peut réclamer en dehors des antiseptiques.

M. TISON fait une autre communication sur les propriétés thérapeutiques de l'*aconitine cristallisée*. Pour lui, l'azotate d'aconitine cristallisée est efficace dans le traitement de l'érysipèle de la face, dont il abrège la durée, diminue la douleur et prévient les complications. Il est également efficace (comme tous les praticiens en sont sûrs) dans la névralgie faciale et quelques autres névralgies, et il réussit très bien aussi dans l'aphonie et les laryngites. L'azotate d'aconitine cristallisée chimiquement pur est un médicament facile à administrer. On le donne à la dose quotidienne de un milligramme par fractions d'un dixième de milligramme.

M. BOURGET, de Lauzanne, donne une communication sur l'*antisepsie intestinale dans l'anémie*. Il présente les courbes du poids du corps et de l'hémoglobine notées dans cent cas d'anémie traitées sans l'aide d'aucune préparation ferrugineuse, mais en assurant le bon fonctionnement et la désinfection du tube digestif. Ces malades, soignés à l'hôpital, ont tous été soumis au même régime alimentaire et à la même manière de vivre. L'intervention thérapeutique s'est bornée à une désinfection intestinale aussi complète que possible: salol, lavages du gros intestin.

Tout les huit jours, le poids du corps et le taux de l'hémoglobine sont notés, et dans tous les cas M. Bourget a vu leur proportion augmenter et se suivre assez régulièrement dans leurs variations. Des dosages très exacts des sulfates préformés et sulfoconjugués de l'urine ont été faits pendant toute la durée du traitement. Or au fur et à mesure que le taux de l'hémoglobine remonte, on voit les sulfates toxiques (conjugués) diminuer dans l'urine.

De ces cent observations, non pas choisies, mais prises au fur et à mesure de l'entrée des malades à l'hôpital, on peut conclure que le fer n'est pas indispensable dans le traitement de l'anémie, car on peut obtenir, sans lui, d'excellents résultats. Il n'entend cependant pas là, conclure à l'inactivité du fer dans le traitement de l'anémie, mais affirmer simplement que l'on peut arriver au même résultat curatif en excluant du traitement toute préparation ferrugineuse.

M. G. VIGNERI, de Lecce, parle des *injections sous-cutanées de solution de chlorure de sodium dans les cas d'anémie aiguë*. Au lieu d'infuser sous la peau, ainsi qu'on le fait habituellement, de grandes quantités d'une solution faible de chlorure de sodium, moyen excellent, mais qui exige beaucoup de temps et des instruments spéciaux, M. Vigneri se sert avec avantage, pour combattre le collapsus de l'anémie aiguë, d'un procédé fort simple qui consiste à injecter, au moyen d'une simple seringue de Pravaz,

en plusieurs points d'une région où le tissu sous-cutané est suffisamment lâche, comme à la région fessière, par exemple, de 25 à 30 grammes d'une solution tiède à 50 0/0 de chlorure de sodium. Cette solution concentrée, étant très hygroscopique, attire à elle l'eau des tissus environnants, qui est aussitôt absorbée. En pénétrant rapidement dans le courant circulatoire, elle relève la pression sanguine et stimule le cœur défaillant. Le chlorure de sodium absorbé étant également un tonique cardiaque, contribue puissamment à l'action excitante de l'injection.—(A suivre).

Le Congrès d'Hygiène.

Les journaux politiques ont tenu le public au courant des délibérations du Congrès d'hygiène avec tant de détails et d'exactitude que nous croyons inutile d'ennuyer nos lecteurs avec des redites. Mais nous tenons à signaler l'immense succès de cette démonstration organisée et présidée par un des nôtres, M. le Dr Persillier Lachapelle. Nous avons été heureux de constater que l'apathie traditionnelle des canadiens-français s'est, cette fois, réveillée; la représentation, sans être ce qu'on était en droit d'attendre, était au moins apparente tant au point de vue du nombre que des travaux. L'excursion à la Grosse-Isle a été un véritable succès amusant et intéressant au plus haut degré. Tous les membres du Congrès sont partis enchantés de la manière dont les choses ont été faites.

MM. les Drs Pelletier et Beaudry n'ont pas peu contribué à faciliter la tâche du Dr Lachapelle et ont mérité et reçu l'approbation et les remerciements de tous les membres du Congrès. Nous publierons prochainement les communications faites par nos confrères et nous ne doutons pas qu'ils soient suffisants pour donner une idée de l'immense importance de cette association, la plus considérable du globe en ce genre.

Les femmes aiment mieux qu'on froisse leur modestie que leurs robes.

Il y a de la cruauté à reprocher à une femme sa laideur ou sa vieillesse; elle en a déjà tant souffert.

Les gens qui ne sont rien manquent de temps pour tout.

MME ROLAND.

Nos amis, en général, s'affligent de nos malheurs et se réjouissent de nos sottises.

G. M. VALTOUR.

A travers la thérapeutique.

Le professeur Wassilieff, de Dorpath, emploie dans certains cas de tumeurs malignes des suppositoires ainsi formulés :

Pyoktanine.....	0 gr. 06 centigrammes.
Extrait de belladone....	0 — 02 —
Beurre de cacao.....	2 grammes.

pour un suppositoire.

Dans d'autres cas, il administre la pyoktanine en pilules de 0 gr. 06 centigrammes chacune (3 par jour) Il a publié un cas de cancer de l'estomac, dans lequel le résultat du traitement fut des plus remarquables, et un cas de cancer du pylore avec foyers métastatiques, dans lequel le traitement par la pyoktanine produisit une amélioration très prononcée.

* * *

Le Dr. DACOSTA est d'avis que *l'eau bien chaude* favorise l'arrêt de la circulation du sang, tandis que *l'eau moins chaude ou tiède* favorise le cours du sang dans la circulation.

* * *

Le professeur HARE dit que le *chlorure de barium* est souvent un tonique cardiaque actif, dans les cas où la digitale n'agit pas favorablement.

* * *

Le *résol*, nouveau désinfectant, se prépare en saponifiant 1,000 parties de goudron de bois avec 200 parties de potasse caustique, en y ajoutant simultanément 200 parties d'un corps indifférent, tel que l'alcool méthylique.

* * *

Le professeur HARE est d'avis que l'arsenic, sous une forme ou sous une autre, est un spécifique dans les cas de chorée de Sydenham (chorea minor), mais pour en obtenir de bons effets, il faut le donner à doses ascendantes.

* * *

Le Dr. DACOSTA dit que dans les cas ordinaires de *delirium tremens*, les malades seront généralement capables de garder leurs aliments si on ajoute à ceux-ci une grande quantité de poivre rouge.

* * *

M. le docteur CARSELLI a entrepris, à l'hôpital de Palerme, des essais cliniques qui démontrent, une fois de plus, l'action remarquablement favorable du bromure de strontium dans les affections de l'estomac, particulièrement dans la gastrite aiguë catarrhale.

CarSELLI administre le bromure en sirop, selon la formule suivante :

Bromure de strontium.....	2	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères....	30	—
Eau distillée de laitue.....	100	—

A prendre en trois fois, quotidiennement, pendant et après le repas.

L'action thérapeutique serait celle-ci : arrêt des vomissements et diminution de la douleur.

Le premier de ces effets résulterait d'une diminution de l'excitabilité des centres nerveux et des réflexes, le second dépendrait du pouvoir antiseptique exercé par le sel de strontium, qui arrête les fermentations intestinales et diminue la production des gaz et conséquemment, le tympanisme abdominal, origine de cette douleur.

* * *

A propos de l'emploi de la salipyrine dans les hémorrhagies internes, M. RAYSER rapporte que, sur 16 malades, traités à la clinique de Giessen, 3 étaient dans un état assez grave pour exiger le curetage ; une autre fut soumise à l'usage du médicament sans résultat ; dans les 12 autres cas, les effets furent incontestables.

Dans tous les cas, la durée, ainsi que l'abondance des règles, furent diminuées, mais la dysménorrhée persista. L'auteur recommande surtout le médicament dans les hémorrhagies précédant la ménopause. Il la prescrit à la dose de 3 grammes par jour en 3 cachets, qu'il fait prendre la veille de la menstruation à intervalles égaux (matin, midi et soir).

On peut l'administrer également sous forme de potion ou élixir :

Salipyrine	5	grammes.
Eau de fleurs d'oranger.....	5	—
Alcool à 40e.....	40	—
Julep gommeux.....	110	—
Une cuillerée à bouche toutes les 4 heures.		
Salipyrine..	10	grammes.
Teinture d'écorce d'orange....	10	—
Alcool à 80e.....	75	—
Sirop de sucre.....	200	—
Trois cuillerées à bouche par jour.		

Une fois l'hémorrhagie arrêtée, donner du peptonate de fer

Robin pour lutter contre l'anémie consécutive et aider à la réparation sanguine.

* * *

M. Albert ROBIN a fait, le 24 avril dernier, à l'Académie de médecine, une communication préalable sur une médication qu'il expérimente depuis six ans, et qui paraît pleine d'avenir, c'est la médication par les glycéro-phosphates.

M. A. Robin a été conduit à étudier la valeur thérapeutique des glycéro-phosphates, en constatant, au cours de travaux sur la neurasthénie, que certains malades éliminaient par les urines des quantités relativement considérables de phosphore incomplètement oxydé, qui, toutes choses étant égales d'ailleurs du côté de l'alimentation, lui semblait provenir d'une dénutrition exagérée de la lécithine nerveuse. Comme, d'autre part, l'assimilation des phosphates médicamenteux ne s'effectue qu'avec une grande difficulté, M. Robin a supposé qu'en fournissant à l'organisme du phosphore dans une combinaison organique aussi rapprochée que possible de celle qu'il affecte dans le système nerveux on obtiendrait des effets plus marqués, avec une éléction possible sur l'appareil de l'innervation.

Il a employé les glycéro-phosphates de chaux, de soude et de potasse, soit isolés, soit associés, par la voie stomacale et par la voie sous-cutanée. Des recherches préalables lui ont démontré que ces médicaments exercent sur la nutrition une action extrêmement importante. Ces recherches lui avaient fait prévoir que les glycéro-phosphates pouvaient être avantageusement employés dans les cas où il s'agit de relever la nutrition nerveuse défaillante et d'en stimuler l'activité. M. A. Robin a cité des faits cliniques qui montrent que ces prévisions sont vérifiées.

Voici, en résumé, les conclusions qu'il a tirées de ses recherches urologiques et cliniques :

1° Les glycéro-phosphates sont des agents thérapeutiques puissants, qui accélèrent la nutrition générale par l'intermédiaire de leur action sur le système nerveux ;

2° Ils reconnaissent la dépression nerveuse comme indication essentielle ;

3° En injection sous-cutanée, ils produisent des effets au moins aussi énergiques que le liquide testiculaire, qui n'agit vraisemblablement qu'en vertu du phosphore organique qu'il contient. Il y a donc tout avantage à l'employer à la place de ce liquide, puisque l'on substitue ainsi un produit défini, dosable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable ;

4° Les observations citées donnent lieu d'espérer que ces injections seront avantageusement utilisées dans le traitement des asthénies nerveuses de causes diverses, des albuminuries phosphaturiques, des phosphaturies, de la maladie d'Addison, de quelques

sciaticques et du tic douloureux de la face. Dans l'ataxie locomotrice, les résultats sont plus incertains et tout paraît se borner à une diminution des douleurs fulgurantes.

* * *

Dans une communication de la Société de thérapeutique, M. C. PAUL a montré que le café torréfié jouit seul des propriétés diurétiques. La macération, la décoction de café vert, dont les goutteux usent sur une si large échelle, sont dépourvues de cette action. Si on fait bouillir trop longtemps, comme dans la préparation du café ture, l'action diurétique et l'action sur le système nerveux sont annihilées; l'action diurétique du café est due au principe aromatique qui s'évapore par l'ébullition.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Mère et l'Enfant, journal illustré d'hygiène de l'enfance, paraissant tous les mois. Rédacteur en chef: Dr Th. CARADEC. — Sommaire du numéro de septembre 1894: *Causerie du docteur*: Auteur de l'anarchie, par le Dr Caradec. — *Hygiène infantile*: La natation en quelques principes. — Attitude scolaire habituelle, inconvénients et dangers. — *Médecine maternelle*: Faut-il couper le frein de la langue, par le Dr Chervin. — Les vomissements dans la coqueluche, par T. C. — *Correspondance*: Questions de grossesse. — *Nouvelle*: Le fivre rouge, par Paul Arène. — *Poésie*: La poupée de Jeanne, par Pauline Deschamps. — *Chronique*.

Abonnements: Paris et départements, 6 fr.; Union postale, 7 fr. Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie à M. E. Marchal, administrateur, 14, rue Froissart, Paris.

Primes offertes aux abonnés, à choisir parmi les suivantes:
A. *Gratuites*: Manuel des mères, du Dr CARADEC; 20 un beau volume de 3 fr. 50 à choisir dans les listes publiées par le journal (envoyer 50 centimes pour le port; 30 Portrait de l'abonnée ou de son bébé, peint sur bois d'après photographie.

B. *Très réduites*: 10 Sac de bonbons en satin (1 fr. 85 franco); 20 collection reliée du journal (8 années), 35 francs au lieu de 50 francs.

La pratique journalière de la médecine dans les hopitaux de Paris. (Maladies microbiennes et parasitaires, intoxication, affections constitutionnelles). Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée par le professeur Paul LEFERT, 1 vol, in-16, de 288 pages, cartonné, 3 fr.

On trouvera, dans ce livre, le traitement de maladies qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout praticien : Charbon, Choléra, Coqueluche, Diabète, Diphtérie, Erysipèle, Fièvres éruptives, Fièvres intermittentes, Fièvres typhoïdes, Gangrène, Goutte, Grippe, Intoxication, Malaria, Mercurialisme, Morphisme, Morve, Obésité, Paludisme, Poisons, Pustule maligne, Rachitisme, Rage, Rhumatisme, Rougeole, Scarlatine, Scrofule, Tétanos, Tuberculose, Typhus, Vaccine, Variole, etc.

Cet ouvrage, dû à la collaboration de quatre-vingts médecins des hôpitaux de Paris, renferme plus de quatre cents consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés. — Librairie J. B. Bailière et Fils, 19 rue Hautefeuille, près du boulevard Saint Germain, à Paris.

MÉGNIN : **La Faune des cadavres**, par le Dr P. MÉGNIN, membre de l'Académie de Médecine. Application de l'Entomologie à la Médecine légale. Petit in-8 (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). Broché, 2 fr. 50 ; cartonné toile anglaise, 3 fr.

Ce livre est la démonstration d'une loi découverte par l'auteur, d'après laquelle les insectes des cadavres, les *Travailleurs de la mort*, n'arrivent à table que successivement, par escouades, et dans un ordre constant. La connaissance de cette loi permet de déterminer assez exactement l'époque de la mort, pourvu qu'elle ne dépasse pas trois ans ; nombreux exemples cités.

BOURNEVILLE. — **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie**. — Compte-rendu du service des enfants idiots épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1893, par BOURNEVILLE, avec la collaboration de MM. Boncourt, Cornet, Lenoir, T. Noir et P. Sollier. Tome XIV. Un beau volume de 374 pages, avec 88 figures et un plan. Prix, 7 frs.—Publications du *Progrès médical*, Paris, 14 rue des Carmes.

Le passé est le plus impitoyable des créanciers.

G. M. VALTOUR.

La peur ne guérit pas l'égoïsme, elle l'augmente.

GEORGE SAND.

Il y a des époques où la mode remplace la gloire.

ALPHONSE KARR.

Les femmes, quand elles écrivent manquent généralement d'originalité. Leurs idées ne sont pas à elles, ni surtout d'elles.

BRUNETIÈRE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Notre correspondant parisien, M. le Dr JEHIN-PRUME, a transporté sa résidence au No. 49 rue Bonaparte.

Le Conseil d'Hygiène de cette ville s'est assuré, il y a quelque temps, les services du Dr Joseph Edouard LABERGE, comme bactériologiste; voilà une excellente nomination, si toutefois nos édiles veulent bien la rendre pratique, en donnant à notre jeune confrère les moyens de travailler. Il y a déjà longtemps que la ville de Montréal aurait dû avoir son laboratoire municipal, l'on espère qu'on ne s'en tiendra pas seulement à cette nomination, mais que le nouveau bactériologiste aura bientôt tout ce qui lui faudra pour étudier, cultiver et détruire microbes et bacilles. Monsieur le docteur Laberge est arrivé de Paris le printemps dernier, il a étudié à l'Institut Pasteur cette science des infiniment petits contre lesquels nous ne saurions trop nous protéger, car ils sont tout puissants. Notre confrère est bien qualifié pour remplir cette importante position et nous applaudissons de tout cœur à cette excellente nomination, espérant que bientôt Montréal sera pourvu d'un excellent laboratoire.

Nouvel hôpital.—L'hôpital Homéopathique a ouvert ses portes mardi dernier. Cet établissement est situé sur l'avenue du Collège McGill.

Nécrologie.—CANADA.—A St-Hugues, le 8 septembre, à l'âge de 61 ans, M. le docteur J. Misaël PALARDY.

ÉTRANGER.—Le docteur A. B. MILES, professeur de chirurgie à Tulane University, Nouvelle-Orléans.—M. le docteur Léo WARNOTS, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bruxelles.

Faculté de médecine de Laval.—L'élection des officiers des élèves a eu lieu mercredi, le 3, à trois hrs p.m., dans les salles de l'Université et a donné le résultat suivant: Président, L. A. Gagnier; vice président, Hector Desloges; secrétaire, Hector Pelletier; trésorier, J. A. A. Brodeur; 1er commissaire ordonnateur, S. A. Daudelin; 2ème commissaire-ordonnateur, Arthur Quintal. Conseillers: C. C. Tétrault, P. Ste-Marie, A. Miquelon, J. T. Loranger. Directeur de chant: Victor E. Désy. Organiste: J. W. Labelle. Porte-drapeaux: Art. Lacroix, J. Landriault.

Bureau provincial de médecine.—Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine ont eu lieu à Québec, le 20 septembre. Trente-trois candidats se sont présentés et vingt-six ont reçu le parchemin qui leur permet de commencer leurs études. Ont subi les épreuves exigées par le collège : MM. D. Chouinard, J. W. Béland, Ed. Plamondon, Louis Geoffrion, Albert Snyder, J. B. Beaumier, H. Percival-Hudon, H. Maranda, Zacharie Vadnais, J. Barsalou, John H. Finnie, F. Gadbois.

Ont été inscrits aux registres sur présentation de leur diplôme de bachelier : MM. L. D. Warren, J. Alphonse Dion, L. A. J. F. Coulombe, T. J. E. Lavoie, J. L. Leclerc, W. F. Bégin, Jos. Allard, J. P. C. Lemieux, J. E. Beaudet, A. M. Ford, Geo. H. Kent, A. Bourque, Martin Powers, Chas. Amyot.

Ont prêté serment et reçu leurs licences de pratique : MM. J. N. E. T. Dussault, Raphaël Trudeau, Wm Gauthier, James Pritchard, J. E. L. Saint-Germain, V. E. Vézina, J. Gagnon, D. F. Mackenzie, H. Richard, P. Bélanger, F. N. Belleau, F. Bélanger, N. J. N. Fiset, J. Bergeron, L. A. Lessard, H. Fréchette, D. Roberge, A. Asselin, E. W. Lavergne, J. W. Scane, A. Robertson, A. A. Nichol, J. E. Blondin, Louis Trudeau, E. Fluhmann, F. X. Létourneau, J. Labrèche, N. Lambert, A. Lesage, J. A. Charette, J. D. Vézina, M. Masson, T. T. Nesbitt et Ed. J. O'Connor, Ottawa.

Naissances.

LAPOINTE.—A Malbaie, le 22 août, l'épouse de M. J. A. Lapointe, M.D., une fille.

CAMPEAU.—A Ste-Cunégonde, le 5 octobre, la femme de M. le docteur Henri Campeau, une fille.

Mariages.

CHAGNON-CARON.—Jeudi matin, le 4 octobre, à la chapelle privée de l'archevêché, par le Révd Père Dubuc, P. Chagnon, médecin, à Melle Ida Caron, tous deux de la Longue-Pointe.

RANGER-CHARLEBOIS.—A Longueuil, le 2 octobre, le docteur J. A. Ranger, de Montréal, conduisait à l'autel Melle France Pauline, seconde fille de P. G. Charlebois, de Longueuil.

Décès.

PRIEUR.—A la Longue-Pointe, le 11 septembre, à l'âge de 28 ans et deux mois, Marie Delwiska Collard, épouse du docteur J. Alfred Prieur. Nos très sincères condoléances à notre confrère et ami.

BASTIEN.—A Ste-Rose, le 3 courant, à l'âge de 26 ans, 2 mois et 9 jours, Joseph Gustave Bastien, fils de Magloire Bastien, de Ste-Rose, et frère du Dr Bastien, de cette ville.