

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.

- 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.

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MEDICALE

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.) — M. LARAMÉE.

De la broncho-pneumonie.

(Recueillie par J. E. P. CHAGNON, M. B.)

La présence, dans nos salles, de plusieurs malades atteints de broncho-pneumonie, m'invite à vous parler de cette affection.

La broncho-pneumonie est également désignée sous les noms de bronchite capillaire, pneumonie lobulaire, bronchite généralisée, catarrhe suffocant, pneumonie catarrhale. Les lésions anatomiques sont multiples et elles siègent sur les petites bronches, depuis la congestion jusqu'à la véritable phlegmasie. L'encombrement par le travail inflammatoire et les produits morbides opposent un obstacle au passage de l'air et déterminent une dyspnée vraiment caractéristique. La broncho-pneumonie siège de préférence aux lobes inférieurs et à la partie postérieure des poumons. Parfois il existe des noyaux de parenchyme pulmonaire (pneumonie légitime) depuis l'engouement et l'hépatisation rouge jusqu'à l'abcès, et les grosses bronches peuvent être aussi plus ou moins atteintes, mais n'oubliez pas que la broncho-pneumonie siège principalement dans les petites bronches ou lobules, ce qui fait dire à Cornil et Ranvier que le phénomène intime de la pneumonie lobulaire est la formation rapide de globules de pus dans les alvéoles pulmonaires.

C'est une maladie de l'enfance et de la vieillesse, quoiqu'elle puisse aussi se rencontrer chez l'adulte dans les temps d'épidémie. Les sujets les plus exposés à contracter cette affection dans le cours d'une épidémie, et notamment dans la grippe, sont les tuberculeux, les cardiaques, les brightiques, les asthmatiques, les *tousseux* en général. La rougeole, la fièvre typhoïde, la diphthérie sont également les affections dans le cours desquelles se montre la broncho-pneumonie. Elle apparaît surtout dans les saisons froides et humides.

Avant d'aborder l'étude des symptômes de cette maladie et afin que vous soyez pénétrés de l'importance pour vous d'en connaître les signes diagnostiques, je me permettrai de vous rappeler que cette affection, à marche si irrégulière, peut tuer en quelques heures, en quelques jours, chez le vieillard, mais le plus souvent

se prolonge de vingt à trente jours et davantage, présentant, dans l'état général et dans l'état local, des changements tels que souvent on croit toucher à la convalescence, mais de nouveaux accidents ne tardent pas à faire perdre cette illusion. Le pronostic est souvent défavorable.

Les symptômes d'invasion, tels que frisson, fièvre, point de côté, ne sont pas aussi bien marqués que ceux de la pneumonie légitime. Ainsi, le frisson sera quelquefois si peu accentué, que le malade ne l'accusera même pas. La température montera à peine à 102 °, 103 ° Fahr, ce qui s'explique par la diminution du champ de l'hématose. Chez le vieillard, vous pouvez remarquer que le pouls est intermittent, n'attribuez pas cela à la maladie pulmonaire elle-même, mais plutôt à des complications cardiaques que l'âge aura pu amener. Enfin le point de côté est souvent remplacé par une douleur sternale.

Mais le symptôme vraiment dominant et rapide dans son apparition, c'est la dyspnée, qu'on ne retrouve avec la même intensité dans aucune autre phlegmasie des bronches ou du poumon. Ainsi l'on peut compter 40, 50, 60 inspirations par minute chez l'adulte, et jusqu'à 80 chez l'enfant. La dilatation des ailes du nez, la pâleur de la face, la teinte violacée des lèvres et des ongles, le refroidissement des extrémités couvertes d'une sueur froide, l'attitude particulière du malade, tout, en un mot, indique que l'hématose se fait mal, et fait présager une asphyxie qui ne tarde guère à se montrer.

Passons maintenant aux signes physiques. La percussion du thorax donne une sonorité à peu près normale. L'auscultation fait entendre une multitude de râles, sibilants, sous-crépitants, muqueux et ronflants, c'est un *bruit de tempête*. Ces râles sont généralisés aux deux poumons et s'entendent en avant et en arrière. La pneumonie légitime, au contraire, est souvent unilatérale et caractérisée par un râle crépitant peu étendu. Les crachats sont tantôt grisâtres, tantôt jaunâtres, quelquefois striés de sang. Il sera parfois possible de découvrir le crachat classique de la pneumonie fibrineuse, le crachat rouillé, mais ce crachat sera isolé et ne se rencontrera pas d'ailleurs dans tous les cas de broncho-pneumonie.

J'attirerai ici votre attention sur l'état de la langue, qui a été quelquefois la cause d'une erreur de diagnostic en se présentant avec les caractères d'une langue typhique, au lieu d'être simplement blanche et chargée.

Le traitement présente deux indications principales : 1o combattre la congestion, 2o favoriser l'expectoration. On atteindra la première indication au moyen de la saignée générale des révulsifs, des vésicatoires, des ventouses sèches chez l'enfant et scarifiées chez l'adulte, le tout proportionné aux forces du malade. La seconde indication sera remplie par l'ipécac, le tartre émétique, le *senéga*

le kermès minéral, etc. Pour calmer les quintes de toux et la douleur, l'on fera usage des opiacés, de la morphine, de la codéine, du chloral. Les applications calmantes locales, telles que l'onguent de belladone, agissent très lentement et peuvent, en règle générale, être omises. Enfin l'on soutiendra les forces du malade par les toniques, les boissons alcoolisées et une bonne diète.

Trois cas d'accouchement; application de forceps; complications fébriles;

par J. D. GAUTHIER, M.D., Montréal.

Observation I.—Le 20 janvier dernier, j'étais appelé auprès de Dame L....., pour un accouchement. Le travail fut long et pénible, et je fus obligé d'appliquer le forceps. La délivrance se fit pas attendre. Les suites de couches allèrent très bien jusqu'au troisième jour, époque à laquelle je fus fort surpris de trouver un pouls à 120, une température à 102°, et cessation complète des lochies et de la sécrétion lactée, pas de douleurs abdominales, pas de tympanisme. Je questionnai la malade pour savoir s'il n'y avait pas eu quelque extravagance de sa part qui pût expliquer cet état alarmant, je ne trouvai rien. Tout naturellement je songeai à la fièvre puérpérale et prescrivis en conséquence: quinine, gr. V répétés toutes les trois heures; injections vaginales chaudes au bichlorure. Le lendemain matin, à ma grande surprise, je trouvai le pouls à 90, la température à 97½°, la sécrétion lactée rétablie, les lochies réapparues. Je fis cesser le quinine et les injections vaginales, et le lendemain tout était rentré dans l'ordre.

Observation II.—Le 22, j'étais appelé auprès de Dame G....., pour l'accoucher de son troisième enfant. Après une attente de quatre heures, le travail se termina par les seules forces de la nature. Je continuai à visiter ma malade tous les matins. Le quatrième jour je fus surpris d'entendre ma malade me dire qu'elle avait eu, la veille, un violent frisson qui avait duré une heure, suivi d'un violent mal de tête. Je questionne et j'obtiens les réponses suivantes: cessation des lochies, et de la sécrétion lactée, douleurs abdominales violentes, tympanisme, pouls à 130, température 102½°. Je prescrivis: morphine, cataplasmes térébenthinés, gr. V toutes les deux heures, injections intra-utérines (au bichlorure) que je fais moi-même. Il est alors 10 heures A.M. A 4 heures P.M., je revois ma malade et la trouve soulagée de ses douleurs, les autres symptômes à peu près les mêmes. Je fais éloigner les doses de morphine et continuer le reste du traitement. Le lendemain matin, dès 8 heures, je me rends chez ma patiente et la trouve dans l'état suivant: pouls, 110; température,

100°; plus de douleurs abdominales; plus de tympanisme; sécrétion lactée et lochies revenues; je continue la quinine à plus faible dose pendant quelques jours et fais donner des toniques stimulants, la malade étant bien faible. Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Observation III.—Le troisième cas présente ce qui suit de particulier: accouchement très long et très difficile; présentation occipito-iliaque droite postérieure; application du forceps très difficile; déchirure complète du périnée. Les suites du couches ne présentent rien de remarquable jusqu'au cinquième jour. A cette époque, j'apprends de ma malade que les règles ont complètement disparu depuis la veille. Elle n'accuse aucun autre mauvais symptôme; température et pouls normaux; pas de douleurs abdominales; pas de tympanisme. Je prescris des injections vaginales chaudes et la quinine à gr. II toutes les trois heures. Le lendemain matin, rien de nouveau, toujours cessation complète des lochies. Je prescris, en plus du traitement de la veille, un peu de stimulants. A ma troisième visite depuis la cessation des lochies, la malade me dit que ses règles sont revenues et qu'elle se sent bien, mais qu'elle a un peu de diarrhée. A mes visites subséquentes cette diarrhée est très abondante et affaiblit beaucoup la patiente. Je continue la quinine et les stimulants toniques sous forme de vin de Porto, avec les préparations d'opium. Après trois jours de ce traitement, la diarrhée disparaît complètement pour ne plus revenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT D'IBERVILLE ET DES COMTÉS ADJACENTS.

Séance du 27 février 1890.

Présidence de M. le Dr GODIN.

Prophylaxie et traitement de la septicémie et des suppurations prolongées.

M. le président donne lecture d'un travail sur " les septicémies et les suppurations prolongées, et les moyens de les prévenir et de les combattre." Dans les temps les plus reculés jusqu'au 19ème siècle, on ne songeait guère au rôle que pouvaient jouer certains micro-organismes en chirurgie. Les anciens décrivent bien, il est vrai, la plupart des opérations, ils nous apprennent que l'on maniait le fer et le feu, mais l'on ne se servait pour le pansément

des plaies que de quelques onguents tirés en partie du règne végétal. A notre siècle revient l'honneur et la gloire d'avoir produit des hommes qui ont su mettre l'art chirurgical à la hauteur des progrès modernes.

S'appuyant sur les expériences de Chauveau, de Ziegél, de Klebs, sur les travaux de Birch Hirsfeld, Davaino, Vulpian, qui démontrent le rôle des micro-organismes, granulations sphériques, micro-coccus, bactéries, vibrions, dans les accidents produits par les injections de matières putrides, Duclaux résume ainsi ces travaux : " Nous sommes, dit-il, conduits à attribuer à des êtres vivants les phénomènes morbides observés après l'absorption de certaines espèces de pus. Nous voyons en outre que ces êtres vivants sont multiples et qu'ils ne peuvent se remplacer les uns les autres. Nous sommes amenés à attribuer à ceux qui produisent l'infection purulente une sorte de spécificité."

Le microbe générateur du pus forme, lorsqu'il est seul, un pus lié, blanc, etc. Au contraire, le moindre abcès, quand ce microbe est associé au vibron septique, prend un aspect blafard, gangréneux, verdâtre. Ainsi on peut produire à volonté des infections purulentes charbonneuses, des combinaisons variables de ces deux sortes de lésions selon les proportions de microbes spécifiques que l'on fait agir sur l'organisme vivant.

Pasteur, dans une série de travaux de 1866 à 1869, fit l'application de la théorie des germes aux maladies infectieuses et contagieuses. Et ce fut sur les données de Pasteur que Lister fit paraître, en 1867, un premier travail sur le pansement des plaies par la méthode antiseptique. Les succès thérapeutiques ne firent que confirmer la justesse de la théorie de Pasteur. Et comme le disait l'éminent professeur Trélat dans une de ses cliniques du 20 juin dernier : " La chirurgie a fait plus de progrès d'après cette théorie depuis dix ans qu'elle n'en avait fait cent ans auparavant." Aussi, en parcourant aujourd'hui les différents services de chirurgie, on ne rencontre plus de ces suppurations prolongées, de ces érysipèles, de ces gangrènes d'hôpital qui faisaient, il y a à peine cinq ans encore, le désespoir de l'opéré et de l'opérateur.

Parmi les substances les plus en vogue, employées comme antiseptiques il y a le phénol. Une solution aqueuse à 5 0/0 sert pour laver les mains avant et pendant l'opération, pour désinfecter le champ opératoire etc. Une solution à 2½ 0/0 sert à désinfecter les instruments (couteaux, seringues, sondes, drains, éponges) qu'on a soin de tenir plongés dans cette solution avant et pendant l'opération; on y plonge aussi le calino; on s'en sert pour la pulvérisation à la vapeur; on y conserve les éponges, les drains, le jute, la soie phéniquée, etc. La solution à 2½ 0/0 sert pour la vaporisation avec l'appareil Richardson; on en humecte les bandes, la gaze antiseptique. La solution à l'huile d'olive, 5 0/0, est employée pour oindre les mains, les sondes, les spéculum

lums, etc. Les autres substances qui sont encore employées comme antiseptiques sont : l'acide salicylique, l'acide benzoïque, le menthol, le thymol, le chlorure de zinc et le sous-nitrate de bismuth. Dans ces derniers temps, on se sert, entr'autres antiseptiques, de l'iodoforme et du bichlorure de mercure. On attribue surtout à ce dernier l'avantage de prévenir les érysipèles. L'iodoforme s'emploie en solution au 1/7 avec l'éther ; c'est pour faire la gaze iodoformée, etc. Elle sert encore en injections après la ponction des abcès froids et glandulaires. La poudre est un des meilleurs antiseptiques dans le pansement des plaies. Le bichlorure de mercure peut être employé au 1/1000 ; mais l'on s'expose à des empoisonnements. Les solutions plus faibles (1/2000 - 1/5000) sont moins dangereuses sans être pour cela inactives. Le bichlorure est contr'indiqué chez les individus atteints d'une affection rénale ou de diarrhée.

Si vous allez voir Lucas-Championnière faire l'ablation de tumeurs abdominales, vous le voyez opérer des heures entières dans une atmosphère de vapeurs phéniquées produites par le pulvérisateur Richardson.

Trelat à l'hôpital de la Charité, Tillaux, Kirmisson à l'Hôtel-Dieu, Péan à St-Louis, etc., observent l'antisepsie la plus rigoureuse. Avant l'opération, le chef et ses aides se désinfectent avec le plus grand soin ; la chambre opératoire est désinfectée au moyen d'acide phénique. Les draps et les serviettes qui doivent servir au malade pendant le cours de l'opération ont été passés préalablement au bichlorure, puis chauffés à l'étuve à une haute température.

Les instruments baignent continuellement dans un liquide antiseptique ; l'opérateur et les aides se plongent les mains dans ce liquide à la moindre indication. Après l'opération, les parties sont lavées au bichlorure, suturées et pansées à l'iodoforme.

Pommade contre le psoriasis capitis.—M. E. STERN.

Précipité blanc.....	10 grammes.
Savon noir.....	40 —
Lanoline anhydre.....	50 —

Mélez et F. S. A. une pommade.

Faire tous les soirs une friction avec gros comme une noisette de cette pommade sur la racine des cheveux. Après un traitement de quatre à huit jours, toutes les pellicules ont disparu ; les parties malades redeviennent lisses et reprennent leur aspect normal. Pour assurer la guérison, on applique pendant quelque temps encore de la pommade adhésive à la lanoline et qu'on change tous les jours après un lavage quotidien du cuir chevelu.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Comment doit-on soigner les albuminuriques ? par le docteur LE GENDRE, in *Concours médical* — Le lecteur se rappellera que la thérapeutique de l'albuminurie ne peut avoir pour base qu'un diagnostic pathogénique bien établi et que, pour affirmer l'existence d'une néphrite, il faut avoir écarté par un examen clinique et urologique minutieux les autres maladies générales ou locales capables de produire l'albuminurie.

Si la substance albumineuse contenue dans l'urine est la peptone, on passe en revue mentalement toutes les circonstances dans lesquelles la peptonurie peut se rencontrer. La peptone peut exister dans l'urine en même temps que la globuline et la sérine dans certaines urines albumineuses par lésion rénale ; mais la sérine seule est sous la dépendance de cette lésion ; la globuline et la peptone ne peuvent être rattachées qu'à un certain état des albuminoïdes du sang ou à un trouble des fonctions digestives. On a observé la peptonurie à l'état temporaire et transitoire dans les maladies les plus disparates, aiguës ou chroniques, ainsi que le prouve l'énumération suivante : diphthérie, pneumonie, typhus, intoxication par le phosphore, phthisie pulmonaire, pleurésie purulente, bronchorrée, pyopneumothorax, rhumatisme articulaire aigu, méningite cérébro-spinale épidémique, cancer de l'estomac, atrophie aiguë du foie, abcès de sièges divers, choléra asiatique, scarlatine, maladies suppuratives des os.

Parmi ces états pathologiques, ceux dans lesquels la peptonurie est constante ou fréquente ont pour caractère commun, comme l'a fait observer M. Jaccoud, l'existence d'un foyer d'exsudat inflammatoire ou d'un foyer de suppuration, dans lequel le sang se charge par résorption de leucocytes en voie de régression, et c'est l'élimination de ces éléments qui est la source de la peptonurie.

Ou bien il existe un trouble assez profond soit des voies digestives, soit du fonctionnement hépatique : M. Bouchard a appelé l'attention sur la fréquence de la peptonurie dans la dyspepsie dans la dilatation de l'estomac, dans certains états congestifs du foie.

Outre les peptonuries secondaires, M. Quinquaud avait décrit en 1883 sous le nom de diabète peptonurique primitif des faits dans lesquels les malades, ayant une polyurie peptonurique sans

albumine vraie, sans sucre, sans excès d'urée, sont généralement considérés comme atteints de polyurie aqueuse simple; cependant au lieu d'avoir comme symptôme unique l'augmentation de la soif, ils sont pris d'un amaigrissement qui peut aller jusqu'à la cachexie. " Cette maladie (polyurie avec peptonurie ou diabète peptonurique) survient accidentellement, dit M. Quinquaud, sans qu'on puisse toujours retrouver la cause; on note des émotions vives, des refroidissements brusques. Il y a là un défaut d'assimilation, qui en fait une maladie générale, une vraie dystrophie dont la cause nous paraît norveuse... Le mécanisme interne nous est inconnu."

De ce que nous venons de dire, il résulte que les indications thérapeutiques dans la peptonurie secondaire sont intimement liées au traitement de la maladie principale.

Le plus souvent, dans le cas où la peptonurie découle de l'existence d'un foyer inflammatoire ou suppuratif, il n'y a pas lieu à instituer à cause d'elle un traitement spécial; quelquefois on y verra pourtant une indication formelle à activer le traitement de la maladie principale, à évacuer un empyème, à drainer un abcès, à évider ou à curer un foyer suppuratif osseux ou ganglionnaire. Mais ces interventions n'exercent qu'une influence indirecte sur la peptonurie, en tarissant la source où le sang puise la peptone.

Lorsque la peptonurie paraît liée à une dyspepsie, à une dilatation de l'estomac, à une tuméfaction congestive du foie, la thérapeutique de la peptonurie est celle de la dyspepsie; c'est l'hygiène alimentaire de la dilatation de l'estomac, de la congestion hépatique. Le traitement sera le même que celui de la véritable albuminurie de cause gastrique ou hépatique, source fréquente de confusion avec les albuminuries rénales.

Quant à la peptonurie primitive, ou diabète peptonurique, signalée par M. Quinquaud, trouble général de la nutrition d'origine nerveuse, affection évidemment bien rare, puisque M. Quinquaud n'en avait observé que 3 cas en 1883, il paraîtrait logique de lui opposer les modificateurs généraux de la nutrition et les nervins depuis le massage, les frictions cutanées, la gymnastique jusqu'à l'antipyrine en passant par l'arsenic. Mais je ne puis parler par expérience de ces faits que je n'ai pas observés.

Je puis au contraire préconiser en connaissance de cause le *traitement de l'albuminurie d'origine gastrique ou hépatique*. Quand on trouve dans les urines d'un sujet atteint d'une dilatation de l'estomac de l'albumine sans cylindres rénaux dans les sédiments, si le foie n'est pas augmenté de volume, le traitement consistera seulement à instituer l'hygiène alimentaire de la dilatation de l'estomac, assez bien connue maintenant depuis les travaux de M. Bouchard et la publicité que j'ai contribué à leur donner.

S'il y a en même temps tuméfaction du foie ou si le gros foie existe seul, le régime conseillé par M. Bouchard fera presque

infailliblement disparaître en peu de temps l'albuminurie d'origine hépatique.

M. Bouchard prescrit comme régime exclusif en pareil cas 1250 grammes de lait en 5 doses et des œufs au nombre de 5 à 10 pris également en 5 repas sans aucun autre aliment, sans aucune autre boisson. Autrement dit, toutes les quatre heures le malade prend un repas composé de 250 gr. de lait et de 1 ou 2 œufs; le nombre des œufs varie suivant le degré de tuméfaction du foie, l'état des forces du malade et la quantité de mouvement qu'il est obligé de fournir.

Le lait peut être à volonté cuit ou cru, froid ou chaud, sucré ou salé, les œufs à la coque, brouillés ou sur le plat, en omelette ou en lait de poule; la nuit, par exemple, il est commode au malade d'avoir, sur sa table de nuit, une crème froide faite avec deux œufs et 250 gr. de lait.

Ce régime peut, suivant la patience des malades et l'intensité des accidents, être suivi 10 à 20 jours; puis suspendu, pour être repris, par une série de cures successives. Il fait disparaître généralement très vite d'une manière parallèle et la tuméfaction du foie et l'albuminurie avec les symptômes si désagréables de dyspnée, de palpitations, d'insomnie et d'accablement qui font cortège à cet état morbide encore ignoré de la plupart des praticiens.

M. Bouchard s'est demandé si ce sont bien le lait et les œufs qui agissent en pareil cas; car il semble qu'on puisse obtenir un résultat presque aussi avantageux de *tout régime insuffisant*, (viandes blanches, fruits cuits, peu de féculents et de graisses, peu de boissons, larges intervalles entre les repas), régime qui n'oblige pas le foie à fonctionner sans cesse et à emmagasiner plus de matériaux que l'organisme n'en consomme, qui laisse reposer le foie et même lui permet de se décharger de l'excès de matière qui l'encombrait. Cependant le lait et les œufs semblent convenir mieux que toute autre alimentation; car ce régime comporte, sous un faible volume, des matières azotées faciles à transformer, des matières grasses déjà émulsionnées, du sucre et des sels minéraux en quantité suffisante, le lait et les œufs étant des aliments complets.

C'est pour la même raison que ce régime *insuffisant à base d'aliments complets* donne de si remarquables résultats dans l'*obésité* en général. J'en ai déjà parlé ici et j'ai dans le cours de l'année dernière recueilli encore un magnifique exemple de cure de l'obésité par ce régime de M. Bouchard. En 5 mois, par une série de cures successives de 20 jours (lait et œufs), séparées par des intervalles de régime complexe, moins sévère, quoique toujours restreint, j'ai pu ramener un homme de 50 ans de 130 kilos à 90 sans lui causer le moindre malaise,—bien au contraire, en le délivrant d'une foule de misères telles qu'impossibilité de marcher par anhélation, insomnie, bronchorréc, flux hémorrhédaire, etc.

Mais revenons à l'albuminurie.

Quand l'albuminurie est bien de cause rénale, il y a lieu de distinguer les cas où elle est liée à une néphrite aiguë, infectieuse ou toxique, de ceux où il existe une altération chronique du rein.

Les albuminuries rénales des maladies aiguës, infectieuses ou toxiques sont interprétées, aujourd'hui, comme la conséquence de l'élimination par les reins de la cause morbifique, microbes ou poisons.

On discute encore pour savoir si les microbes eux-mêmes traversent le rein ou si celui-ci n'excrète que les poisons solubles fabriqués par eux au sein de l'organisme; les deux opinions sont soutenables, pouvant invoquer l'une et l'autre des faits d'observation.

Quoi qu'il en soit, au point de vue de la thérapeutique, l'albuminurie dans les néphrites par infection ou par intoxication est évidemment le résultat d'un effort curateur de l'organisme; c'est un accident utile, qui doit être surveillé, mais non contrarié. L'indication qui en découle est de favoriser le fonctionnement du rein par l'administration de boissons aqueuses suffisamment abondantes, provoquant une diurèse mécanique, comme l'eau. On peut recommander aussi l'emploi d'autres moyens qui agissent d'une manière analogue, comme les grandes irrigations intestinales d'eau froide qui opèrent soit en faisant absorber de l'eau par l'intestin, soit en faisant contracter les petits vaisseaux des parois intestinales, et de proche en proche vont augmenter la tension dans la circulation rénale et par suite la diurèse. Le lait comporte cet avantage d'être non seulement une boisson aqueuse, mais d'agir par ses substances minérales, peut-être par sa lactose, comme le veut M. Sée.

Le traitement de l'albuminurie des maladies infectieuses comporte aussi l'usage assez fréquent des sels purgatifs neutres (sulfate de soude et de magnésie) qui contribuent, en entraînant par la voie intestinale une partie des poisons de l'organisme, à diminuer quelque peu le travail éliminateur du rein. Mais on s'abstiendra de purgatifs drastiques qui dépasseraient le but en diminuant trop la sécrétion rénale par soustraction excessive d'eau à la circulation générale. Les épithéliums des glomérules et des canalicules urinaires contournés et ceux des anses de Henle, qui de-quament dans les néphrites infectieuses ou toxiques aiguës, doivent être au fur et à mesure entraînés sous peine d'engorger les voies d'excrétion, les tubes droits, et de devenir le point de départ d'une réaction inflammatoire ultérieure.

Le mécanisme suivant lequel les néphrites chroniques succèdent aux néphrites aiguës est variable. La réaction inflammatoire du tissu rénal est provoquée, tantôt par les microbes agissant à la façon d'embolies dans les capillaires du rein, en émigrant hors des vaisseaux et colonisant dans les tissus périvasculaires ou en perforant et dissociant les épithéliums glomérulaires

et canaliculaires;—tantôt par les poisons qui stagnent trop longtemps, avant d'être éliminés, dans les capillaires ou dans les canalicules. Les néphrites toxiques ou infectieuses sont presque toujours des néphrites mixtes ou diffuses comme on l'a dit, c'est-à-dire à la fois épithéliales et vasculaires, parenchymateuses et interstitielles.

Il ne dépend pas exclusivement de la thérapeutique que les néphrites aiguës infectieuses ou toxiques dégèrent ou non en néphrites chroniques. Cependant, si on surveillait toujours bien, pendant et après la convalescence, les malades qui ont présenté de l'albuminurie pendant la maladie infectieuse ou l'intoxication primitive, si on ne leur laissait pas reprendre trop tôt l'usage des aliments et des boissons capables d'irriter le rein (les viandes en excès, le vin et l'alcool), si on guettait le moindre indice de poussées congestives du côté des reins en s'empressant de combattre celles-ci par le repos au lit, les applications révulsives et les saignées locales sur la région lombaire, la reprise du régime lacté, si on faisait activement fonctionner la peau, si on faisait toujours tout cela avec persistance et en temps opportun, on préviendrait peut-être souvent les néphrites chroniques qui sont la conséquence quelquefois lointaine des maladies générales aiguës (fièvre typhoïde, scarlatine, diphtérie, amygdalites infectieuses, etc.)

Quand la néphrite aiguë est causée par l'action du froid, le traitement actif par la révulsion et les émissions sanguines locales (ventouses scarifiées) est particulièrement efficace. Dans toute néphrite aiguë, s'il y a des accidents urémiques, convulsifs, délirants ou comateux, une saignée générale de 300 à 400 grammes est indispensable, et même en l'absence de symptômes aussi graves, on peut espérer, grâce à la saignée, "diminuer, dit Dieulafoy, les mauvaises chances du passage d'une néphrite aiguë à l'état chronique."—(A suivre.)

Le traitement de la chlorose, d'après le professeur HAYEM.—Ce traitement est des plus simples.

Il comprend le repos et un régime alimentaire convenable, en rapport avec l'état du tube digestif des malades, et l'administration, à dose suffisante, d'un proto-sel de fer facilement digéré.

M. Hayem donne la préférence au protoxalate de fer qu'il donne à la dose de 4, 6 et 8 grains.

Dans certains cas il est nécessaire d'ajouter à ce traitement l'usage de l'acide chlorhydrique particulièrement destiné à faciliter la digestion par la préparation ferrugineuse.

Enfin, dans les formes intenses, et notamment dans la chlorose avec fièvre, le maillot froid, humide, appliqué une ou deux fois par jour pendant un temps court, rend service en produisant une action névrossthénique.

Voici la chlorotique guérie; l'anémie a disparu, les couleurs

sont vives, les forces sont revenues. Comment doit-on se comporter, en prévision des récidives auxquelles elle est exposée ?

C'est à ce moment qu'on se préoccupera de tous les procédés capables de consolider la constitution et de parfaire une évolution organique encore incomplète. On s'adressera dans ce but à l'hydrothérapie, à la gymnastique, aux exercices en plein air, tout en surveillant avec soin le régime, surtout si la chlorose a revêtu la forme dyspeptique. Mais dans l'emploi de ces moyens, il faudra toujours user de modération.

La chlorotique reste souvent pendant longtemps délicate, peu résistante, on arrive très aisément à la surmener. On doit donc éviter de lui faire supporter de véritables fatigues. Les stimulants trop énergiques ne lui conviennent pas, et c'est peut-être pour cette raison que le séjour au bord de la mer et les bains de mer produisent souvent des rechutes.—*Bulletin médical.*

Nouvelle théorie du diabète, par R. LÉPINE.—Les diverses théories du diabète peuvent, en somme, se réduire à deux : dans la première, qui est défendue actuellement par M. le professeur Bouchard, on admet que le glucose du sang n'est pas consommé en quantité aussi grande qu'à l'état normal, et le refroidissement accusé par les diabétiques semble bien prouver qu'il en est réellement ainsi. Dans la seconde, on suppose que l'excès du glucose du sang tient, ou bien à un apport exagéré du sucre venu des aliments (c'est le cas du diabète alimentaire, qui disparaît en modifiant simplement l'alimentation),—ou bien à une production surabondante de sucre hépatique. C'est ainsi qu'on explique actuellement le diabète nerveux,—et le succès en pareil cas de l'opium et de l'antipyrine, qui sont des *modérateurs*, vient à l'appui de cette manière de voir. On ne comprend pas, en effet, que ces médicaments puissent agir en augmentant la destruction du sucre.

Chacune de ces deux théories paraît donc renfermer une part de vérité, mais elles semblent insuffisantes, et elles n'expliquent pas au premier abord tous les diabètes, par exemple le diabète pancréatique.

Cette espèce de diabète, dont on doit la découverte clinique surtout à M. Lancereaux, est bien réelle : dans presque tous les cas d'atrophie *complète* du pancréas, on a, quand on l'a cherchée, constaté l'existence d'une quantité plus ou moins grande de sucre dans l'urine, et, cette année, MM. Mering et Minkowski ont montré que l'ablation *complète* du pancréas chez le chien est également suivie d'un diabète plus ou moins intense. Si on a conservé un fragment de pancréas, alors même qu'il est privé de conduit excréteur, et qu'il paraît sans connexion nerveuse avec le plexus solaire, le diabète fait défaut.

Cette particularité montre que le diabète pancréatique ne tient pas au non écoulement du suc pancréatique dans l'intestin. Com-

ment s'en rendre compte ? MM. Mering et Minkowski n'ont donné aucune explication. Voici, selon moi, les deux hypothèses possibles :

On peut supposer qu'à l'état normal, une partie du ferment pancréatique résorbée contribue à la destruction du glucose. Cette hypothèse est très vraisemblable, et elle reçoit un appui de l'expérimentation : j'ai broyé un pancréas, et l'ai immergé dans une solution alcalinisée de glucose. Or, au bout de quelques heures, le dosage de cette solution fait par M. Barral, chef des travaux de mon laboratoire, a montré une diminution de son titre. Ainsi, le ferment pancréatique n'est pas sans action sur la destruction du glucose, et, par conséquent, son absence peut empêcher la consommation de ce dernier.

L'hypothèse suivante, beaucoup moins admissible, mérite cependant d'être examinée :

On sait, depuis Dubrunfaut, et surtout depuis les travaux beaucoup plus récents de Musculus et Gruber, qu'au contact de la diastase, l'amidon ne donne pas directement de glucose, mais un autre sucre, le maltose. Nasse a vu aussi que la salive et le ferment pancréatique ne donnent tout d'abord naissance au contact du glycogène qu'à un sucre particulier qu'il a appelé *ptyalose*, et qu'on a reconnu identique au maltose. Seegen, et surtout Musculus et Mering ont confirmé et bien étudié ce fait fondamental. Plus tard Mering a noté que le maltose au contact *prolongé* du ferment pancréatique devient du glucose. Il résulte de ces notions que la transformation du glycogène en glucose se fait en plusieurs étapes par un processus beaucoup plus compliqué qu'on ne croyait, et que pour le produire le ferment pancréatique est à peu près nécessaire. Que le ferment pancréatique fasse défaut, le sucre hépatique ne sera pas le glucose normal, mais un sucre étranger en quelque sorte à l'économie, et qui pour cela sera éliminé par le rein au lieu de servir de combustible.

À l'état normal le pancréas et le foie formeraient donc à eux deux l'appareil d'élaboration du glucose normal ; le pancréas ne serait pas seulement une glande déversant son suc dans l'intestin, mais une sorte de glande vasculaire sanguine cédant à ses veines, qui sont une portion des racines de la veine porte, le ferment nécessaire au foie. La destruction des sept-huitièmes du pancréas ne mettrait pas un obstacle absolu à la fonction vasculaire sanguine de cet organe ; la destruction totale empêcherait l'élaboration du sucre hépatique.

Que l'on adopte l'un ou l'autre des deux hypothèses précédentes, le diabète pancréatique serait ainsi la conséquence du défaut de ferment, et tout diabète, d'une manière générale, résulterait du défaut *relatif* de ferment par rapport à la quantité de matériaux hydrocarbonés à détruire (après les avoir transformés en glucose parfait) : il est clair que si, sous une influence nerveuse

(piqûres du quatrième ventricule, émotion morale, etc.), la désassimilation donne naissance à une grande quantité de matériaux hydrocarbonés, ou que si une alimentation vicieuse en apporte une trop grande masse, le ferment pourra se trouver relativement insuffisant.

Par cette notion de l'insuffisance (au moins relative) du ferment dans le diabète, je crois concilier les théories actuelles de cette maladie, et, en leur empruntant ce qu'elles ont de réel, leur ajouter ce qui leur manque.—*Lyon médical.*

L'art de tousser à propos, par M. le Dr NICAISE.—Les notions physiologiques ne sont jamais inutiles au médecin; elles trouvent presque toujours leur application à la pratique. Ainsi les études que M. Nicaise a publiées l'année dernière sur la physiologie de la trachée et des bronches pouvaient sembler ne satisfaire qu'à la curiosité scientifique. Cependant la connaissance acquise par l'auteur du mécanisme de l'expectoration, l'a conduit à expliquer comment la toux peut être utile ou nuisible, suivant l'usage que sait faire le malade, averti par son médecin, de cet acte moins involontaire qu'on ne le croit en général.

Il faut distinguer, dit M. Nicaise, dans l'expectoration deux temps: la *progression* des crachats et leur *expulsion*. Dans le premier, les crachats cheminent lentement vers l'extrémité supérieure de la trachée, sans que le malade s'en aperçoive; dans le second temps, les crachats arrivés à la partie supérieure de la trachée, qui est plus sensible, l'excitent, et il en résulte une expiration brusque, un accès de toux qui chasse le crachat à travers le larynx, et peut même le projeter immédiatement au dehors.

Le phénomène ne se passe pas toujours avec cette simplicité. Les crachats peuvent être plus abondants, plus adhérents, la muqueuse trachéale plus irritable et la toux se montrer bien avant l'arrivée du crachat près du larynx, mais cela ne change rien aux causes qui rendent compte de la sortie des crachats: il y a toujours à distinguer la progression et l'expulsion. La progression peut être activée par plusieurs accès de toux successifs. Ce que je dis ici est le résultat d'une observation très attentive répétée pendant longtemps.

Les crachats cheminent dans la respiration calme, pendant laquelle les bronches sont à peu près immobiles; ce n'est donc pas un changement de calibre qui les fait avancer; il y a lieu de tenir compte de l'action des cils vibratiles, mais il faut surtout faire intervenir l'influence du courant d'air. Pendant l'inspiration, la vitesse de l'air est plus rapide, mais sa tension est négative pendant tout le temps de l'inspiration; dans l'expiration, la vitesse de l'air est plus lente, mais sa tension est positive et plus forte, au début surtout; le crachat sera donc soumis à une pres-

sion plus grande pendant l'expiration, malgré la dilatation du conduit, et cette pression le portera vers le larynx; c'est la seule cause que l'on puisse trouver à la progression du crachat pendant la respiration calme. Arrivé près du larynx, le crachat, ai-je dit, excite la muqueuse trachéale, plus sensible en ce point; un accès de toux survient et le crachat est expulsé des voies aériennes.

Si le malade tousse quand le crachat est encore dans les ramifications bronchiques, la tension de l'air est plus grande, sa vitesse plus rapide, et le crachat est entraîné plus vite on dehors par l'impulsion que lui imprime le courant d'air d'expiration, sans que la bronche ni la trachée se rétrécissent, puisqu'au contraire elles se dilatent pendant l'expiration forte et brusque.

Quand une vomique, quand du pus, du sang, un liquide kystique font irruption dans les bronches, leur contact détermine immédiatement une expiration violente et brusque qui dilate les conduits, et le liquide est chassé au dehors par la colonne d'air, comme par un piston, pour ainsi dire; il sort comme un vomissement.

On peut dire, d'une façon générale, que la toux dans les affections sécrétoires des bronches et des poumons, acte nécessaire quand il s'agit de l'expulsion des crachats, est une toux inutile quand elle n'a pas cet effet. Elle peut être dirigée en partie et sa fréquence diminuée par la volonté du malade. En s'observant, on peut résister à une excitation légère de la trachée, qui va amener un mouvement de toux, quelquefois une quinte si on se laisse aller, laquelle ne sera pas suivie d'une expulsion de crachat; c'est alors une toux inutile et, par conséquent, nuisible, car la toux est elle-même une cause d'irritation pour le poumon. Il ne faut pas s'acharner à vouloir détacher un crachat probablement encore éloigné; il faut résister à l'excitation interne que l'on ressent; quand le crachat sera près du larynx, alors surviendra naturellement un accès de toux utile et le crachat sera expulsé.

C'est une indication générale que j'é mets, car sans doute la toux est utile pour vider les cavités pulmonaires, les cavernes, etc.; mais il faut tâcher d'en diminuer la fréquence et résister aux quintes; on ne le pourra pas toujours, mais on obtiendra souvent le résultat cherché.—*Concours médical.*

Dartres.—Dans un cas de dartres de la face et du cuir chevelu, SUGEMAKER ordonne :

Oléate de cuivre.....	$\frac{1}{2}$ drachme.
Axonge benzoinée.....	1 once.

M.—En frictions.—A l'intérieur il prescrit le sirop d'hypophosphites composé.—*Medical Register.*

CHIRURGIE.

Traitement des rétrécissements du rectum.—Clinique de M. le Dr. PÉAN à l'hôpital St Louis.—Je vais opérer devant vous, par procédé nouveau et qui n'a pas encore été décrit, une malade atteinte de rétrécissement rectal. Comme c'est le second cas que j'ai opéré de la sorte, depuis ces derniers temps, et que les résultats obtenus chez ma première malade sont des plus satisfaisants, j'ai pensé qu'il y avait quelque intérêt à vous faire connaître, dès à présent et avec détails, le manuel opératoire que j'ai adopté et que je vais appliquer sous vos yeux. Voici d'abord, en quelques mots, l'histoire de la malade qui va vous être présentée.

C'est une jeune femme de 29 ans, employée de commerce, sans antécédents personnels ou héréditaires dignes d'être signalés. Notons même que nous n'avons pu trouver sur elle aucune trace de syphilis, et que notre interrogatoire de la malade, sur ce point spécial est resté absolument négatif. Ce point, soit dit en passant, n'est pas sans importance étant donné, comme vous le savez, que le plus grand nombre des syphiligraphes de l'époque actuelle, considèrent la plupart des rétrécissements rectaux comme d'origine syphilitique.

Les accidents que cette malade éprouve du côté du rectum remontent, pour elle, à deux années en arrière. A cette époque, elle avait des hémorroïdes et des fistules qui furent opérées. Il est plus que probable que ces derniers accidents étaient symptomatiques d'un rétrécissement déjà ancien et qui a été méconnu par le premier chirurgien qui vit la malade.

C'est là une erreur qui n'est malheureusement que trop fréquente. En présence d'un malade sur lequel on constate dans la région anale des désordres graves par eux-mêmes, ainsi que le sont les hémorroïdes et les fistules, on ne songe pas le plus souvent à poursuivre l'examen du sujet, et c'est ainsi que le rétrécissement, placé plus profondément, passe inaperçu, bien qu'il constitue en réalité la plus grave des lésions dont le malade est atteint. Le meilleur moyen d'éviter de pareils inconvénients, vous le concevez sans peine, c'est de s'astreindre à pratiquer le toucher chez tous les malades atteints d'une affection quelconque de la région ano-rectale, quelque superficielle que puisse paraître cette affection.

Quoiqu'il en soit, la malade guérie de l'opération qu'elle subit il y a deux ans n'en vit pas moins persister des troubles du côté de la défécation, ceux-ci même s'aggravèrent peu à peu. Les gardes-ropes devinrent de plus en plus difficiles et douloureuses ;

l'anús était le siège constant d'un écoulement sanieux et sanguinolent, répandant une odeur repoussante, etc.

C'est dans ces conditions que la malade vint nous demander nos conseils.

Le toucher rectal, immédiatement pratiqué, nous permit de reconnaître, à environ 5 centimètres au-dessus de l'anús, les signes caractéristiques d'un rétrécissement simple, signes bien connus sur lesquels je n'ai pas à insister.

Il me suffira de vous dire que la coarctation permettait l'introduction de la pulpe de l'index, mais qu'elle était assez serrée pour empêcher le doigt de la franchir.

Il y a quelques années, une pareille infirmité eut été considérée comme à peu près incurable. C'est qu'en effet les opérations sanglantes faites sur le rectum étaient considérées, par les chirurgiens qui nous ont précédés, comme particulièrement dangereuses. La grande vascularité de la région leur faisait craindre des hémorrhagies contre lesquelles ils étaient insuffisamment armés, et la présence de nombreuses veines dans cette région, l'impossibilité dans laquelle ils étaient d'éviter la souillure des plaies par les liquides intestinaux, leur faisaient craindre aussi les phlegmons et l'infection purulente qu'il nous est si facile d'éviter aujourd'hui grâce à nos nouvelles méthodes de pansement. On se contentait alors de dilater les rétrécissements et l'on avait imaginé dans ce but de nombreux dilateurs, dont je mets quelques modèles sous vos yeux. Les résultats obtenus de la sorte étaient plus que médiocres; la dilatation était toujours insuffisante, le rétrécissement se reproduisait avec la plus grande rapidité, et si l'on obtenait pour quelque temps un plus libre écoulement des matières fécales, cette amélioration n'était que passagère.

Dès que les craintes dont je viens de parler eurent disparu, l'opération de choix pour guérir les rétrécissements rectaux devint l'opération connue sous le nom de rectotomie externe, qui consiste à inciser en arrière le sphincter et la paroi postérieure du rectum jusqu'au rétrécissement inclusivement. Cette opération faite, le calibre de l'intestin se trouve considérablement agrandi et les dangers résultant de l'obstacle au cours des matières se trouvent conjurés.

Par la suite, la plaie opératoire se rétrécissait peu à peu, l'incontinence due à la section du sphincter disparaissait, et il suffisait de cathétérismes, répétés de temps à autre, pour maintenir le calibre de l'intestin à un degré suffisant. En d'autres termes, le rétrécissement rectal était traité comme le rétrécissement de l'urèthre.

Bien qu'infinitement supérieure à la méthode par dilatation, la rectotomie externe a cependant de nombreux inconvénients. Tout d'abord, la guérison de la plaie opératoire est des plus difficiles à obtenir; presque toujours il persiste une fissure d'étendue

variable qui ne peut guérir, en raison de son siège dans une partie constamment souillée; en outre, l'expérience n'a pas tardé à démontrer que le cathétérisme n'est pas toujours suffisant pour empêcher une récurrence, et dans nombre de cas, le rétrécissement se produit malgré les efforts faits pour empêcher la rétraction de la cicatrice.

C'est pour remédier à ces inconvénients que j'ai pensé qu'il y avait intérêt à améliorer, en la complétant, l'ancienne rectotomie, de façon à supprimer par une véritable autoplastie, pratiquée au cours même de l'opération, la plaie résultant de l'incision en arrière du rectum; par cette autoplastie, ainsi que vous allez le voir, j'obtiens du même coup que l'élargissement du point rétréci se fasse non pas par une plaie cruentée, susceptible de se rétrécir, mais au moyen d'une plaie recouverte de muqueuse, et à ce titre capable de conserver indéfiniment ses dimensions premières, ou à peu près.

L'opération que je vais vous décrire et pratiquer devant vous vous montrera comment j'arrive à un pareil résultat.

La malade, qui a été purgée la veille de l'opération, est endormie et placée dans la position de la taille, les cuisses fortement relevées, de façon à ce que la région anale fasse une saillie aussi prononcée que possible. Cette région est ensuite rasée et nettoyée avec le plus grand soin; pour la cavité rectale les produits de sécrétion sont enlevées avec des éponges montées.

Cela fait, on place un écarteur qui relève la portion antérieure du rectum et qui est confié à un aide; puis, un doigt étant introduit dans le rectum, on incise d'un seul coup sur la ligne médiane et en arrière le rectum, la peau de la région ano-coecygyenne et les tissus interposés. Au rectum, l'incision doit intéresser: les tuniques intestinales sous-jacentes au rétrécissement, le rétrécissement et la portion d'intestin sus-jacente à ce même rétrécissement dans une hauteur de deux à trois centimètres. Cette dernière partie de l'incision devra être d'autant plus longue que le rétrécissement sera plus serré. Quant à la longueur de la plaie cutanée, elle doit être sensiblement égale à la longueur de la plaie muqueuse. Elle sera donc d'autant plus étendue que le rétrécissement sera plus élevé et plus serré.

Cette incision faite, on écarte ses lèvres, et l'on se trouve en présence d'une surface cruentée ayant la forme d'un losange, dont les côtés antéro-supérieurs sont formés par les lèvres de l'incision cutanée. L'aire de ce losange comprend les tissus profonds de la région (muscles et tissu cellulaire) divisés par le bistouri.

Cela fait, et après avoir arrêté par la pression, le sang, d'ailleurs peu abondant; qui s'écoule de la plaie, on saisit avec une pince, à l'angle supérieur du losange dont il vient d'être question, autrement dit sur le point culminant de l'incision rectale, les tuniques de l'intestin; on les abaisse et on les traverse avec une

aiguille munie d'un crin de Florence.

Cette même aiguille traverse également l'angle inférieur ou cutané de la plaie. Comme les tuniques qui entrent dans la composition du rectum sont très mobiles sur les parties sous-jacentes, cet abaissement est généralement facile, et on arrive sans difficulté à mettre en contact les deux parties saisies dans l'anse du fil; celui-ci est lié, et l'on est étonné, quelle que soit la distance qui séparait primitivement les deux parties liées de voir qu'elles s'affrontent parfaitement.

Il arrive parfois que cet abaissement de l'intestin peut être rendu difficile par suite de certaines modifications qui se sont produites au voisinage du rétrécissement. Dans les rétrécissements anciens, en effet, les tissus qui entourent l'organe malade subissent les conséquences des lésions dont il est le siège; ils s'enflamment, suppurent même quelquefois, et il en résulte des indurations qui fixent plus ou moins solidement les tuniques intestinales au petit bassin. Dans ces conditions, l'abaissement du rectum ne peut se faire d'emblée; il est nécessaire alors de séparer par une dissection minutieuse au bistouri les parois intestinale des parties voisines, et cette séparation doit être assez étendue pour que l'affrontement du rectum et de la peau se fasse sans tiraillements.

Cette complication, j'espère que nous ne la rencontrerons pas chez la malade actuelle, parce que l'affection n'est pas très ancienne, et que l'exploration digitale nous a fait voir que les parois de l'intestin ont conservé leur souplesse.

Il en était tout autrement de ma première malade; chez elle, le rétrécissement, déjà ancien, avait déterminé de vastes clapiers dans le voisinage, et ce n'est pas sans difficulté que j'ai pu pratiquer une dissection suffisante.

On conçoit qu'il peut se rencontrer des cas où ces désordres sont poussés à l'extrême, et où la région péri-rectale est transformée en quelque sorte en un vaste clapier purulent. Il faut renoncer dans ces cas à séparer d'une façon suffisante les parois de l'intestin et le mieux alors serait d'enlever la portion inférieure de l'intestin jusqu'au dessus du rétrécissement, puis d'attirer en bas le bout supérieur pour le souder à la peau.

Le manuel opératoire, dans ce dernier cas, ne différerait pas sensiblement de celui que l'on adopte généralement lorsqu'on veut enlever une portion de rectum envahie par une tumeur maligne.

Mais je reviens à mon opération première: l'angle qui limite en haut l'incision rectale se trouve, vous ai-je dit, abaissé jusqu'à l'angle qui limite en bas l'incision cutanée; ceci obtenu, on constate que du même coup on a rapproché au contact le bord droit de l'incision muqueuse et le bord droit de l'incision cutanée, le bord gauche de l'incision muqueuse au bord gauche de l'incision

cutanée. Quelques fils de suture maintiennent d'une façon définitive ce contact.

Lorsque ceci est terminé, la surface cruentée créée par le premier temps de l'opération a disparu, recouverte qu'elle est grâce au rapprochement de la peau et des tuniques, et l'orifice anal est remplacé par un vaste entonnoir, largement ouvert au dehors et se continuant sans interruption par en haut avec la portion supérieure de l'intestin. Les parois de cet entonnoir sont formées par la paroi muqueuse rectale, aussi bien celle qui était au-dessous du rétrécissement que celle qui était au niveau et au-dessus de lui. Le tissu cicatriciel, cause première de l'obstacle, continue à faire partie des parois du canal artificiel créé par le chirurgien, mais comme il n'occupe plus qu'une très faible étendue de la circonférence de ce canal, que l'autre partie de cette circonférence est constituée par la muqueuse saine—ou tout au moins une muqueuse qui n'a subi d'autres altérations que celles qui se développent au dessus de tout rétrécissement déjà ancien—il n'y a nulle crainte de voir se reformer la bride cicatricielle cause de tout le mal. Ajoutons que la muqueuse sus-jacente au rétrécissement étant devenue, du fait de l'opération, facilement accessible aux lavages, elle ne tardera pas, grâce à la suppression de la cause qui l'a altérée, à récupérer ses caractères et son aspect normal.

Lorsque le rétrécissement est très étendu en hauteur, lorsqu'on se trouve, par exemple, en présence d'un de ces rétrécissements multiples, dit rétrécissement en étage, il peut se faire que les tuniques intestinales, bien qu'elles aient conservé leur mobilité sur les parties profondes, ne soient cependant pas assez souples, qu'elles n'aient pas une surface suffisante pour recouvrir la totalité de la plaie de la rectotomie. Dans ces cas, il y a avantage à faire également en avant une incision comme celle faite en arrière, et à réduire d'autant la longueur de cette dernière. On incisera donc en avant le périnée, l'anus, le rectum, jusqu'au-dessus du rétrécissement et les tissus sous-jacents, puis on recouvrira la plaie ainsi obtenue, en attirant en bas, comme il a été dit précédemment, la partie antérieure des tuniques intestinales divisées.

Il va sans dire que cette rectotomie antérieure devra être faite avec la plus grand soin, en raison des rapports de la paroi antérieure du rectum avec des organes importants (prostate ou vagin), en tous les cas, elle aura une étendue beaucoup moindre que la rectotomie postérieure.

Pendant les premiers temps qui suivent cette opération, le nouvel anus a des dimensions que l'on peut considérer comme exagérées et facilitant par conséquent l'incontinence des matières. Mais bientôt, sous l'influence du travail cicatriciel, les bords de l'entonnoir se resserrent, les deux extrémités du sphincter divisées se réunissent, et finalement la région reprend à peu près son aspect normal.

Quant aux récidives elles sont impossibles, puisque le canal est tapissé partout d'une muqueuse, et non pas — ainsi que cela se produit après la rectotomie simple — d'un simple tissu cicatriciel dont la tendance à la rétraction est pour ainsi dire fatale.— *Bulletin médical.*

Etranglements internes, utilité des ponctions intestinales.— M. le Dr DEMONS cite plusieurs cas d'occlusion intestinale dans lesquels, pour combattre les accidents, entre autres le météorisme, il a fait une série de ponctions capillaires de l'intestin, parfois 6 à 7. A chaque ponction, il retirait une grande quantité de gaz (parfois jusqu'à 20 seringues de l'aspirateur Dieulafoy). Il a toujours observé que ces ponctions soulageaient notablement les malades, mais, de plus, dans quelques cas, elles ont suffi pour amener la guérison et empêcher de recourir à la laparotomie. Il se sert de l'aspirateur ordinaire et de l'aiguille n^o 1. Les anglais préfèrent de grosses aiguilles pour les ponctions et ne font pas d'aspiration. Pour lui, il craindrait, en procédant ainsi, de favoriser l'irruption des matières dans le péritoine.— *Scalpel.*

Lavage du péritoine.—Le lavage est-il un bon moyen de nettoyer le péritoine? Est-il capable de déterminer des syncopes cardiaques ou respiratoires par voie réflexe? La quantité de liquide absorbé par l'organisme pendant le lavage est-elle considérable? Le Dr P. DELBET a cherché à résoudre ces différentes questions par des expériences fort bien conduites et en tire des conclusions importantes pour la pratique.

Le liquide employé en lavage se répand dans toute la cavité péritonéale, ce qui est un avantage lorsqu'on opère pour une péritonite généralisée ou bien lorsqu'à la suite d'une perforation intestinale les matières intestinales ou le pus ont été entraînés par le mouvement de l'intestin dans toute la cavité péritonéale, mais, lorsqu'il s'agit simplement de débarrasser le cul-de-sac de Douglas du pus qui a pu sortir d'une trompe déchirée pendant l'opération, le lavage peut avoir l'inconvénient d'entraîner du pus dans des régions qui ne sont pas encore souillées. Il faut alors élever le tronc du malade et continuer, pendant le lavage, à préserver avec des éponges les anses intestinales.

Il est difficile, peut-être impossible, de débarrasser complètement par le lavage le péritoine de substances étrangères qui ont pénétré dans sa cavité; s'il n'enlève pas tout ce qui a pénétré dans le péritoine, il en enlève la majeure partie, ce qui, dans bien des cas, est suffisant.—Après le lavage, il reste toujours dans le péritoine une quantité notable de liquide, qui occupe le petit bassin, les fosses iliaques, les fosses lombaires, si on tient à débarrasser complètement le péritoine de ce liquide, c'est dans ces régions qu'il faut aller le puiser.

Le lavage du péritoine, fait dans les limites thermiques de 18° à 50°, n'a sur la respiration et sur la circulation que des influences insignifiantes ou nulles. Il n'expose à aucun danger de ce côté. Toutefois, mieux vaut chez l'homme faire les lavages ordinaires à une température aussi voisine que possible de celle de la cavité abdominale (38° à 39°). D'ailleurs l'action hémostatique des lavages à haute température paraît douteuse (Delbet, Routier).

La quantité de liquide absorbé dans les premières minutes du lavage est considérable. Lorsqu'on emploie la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, on obtient ainsi une véritable transfusion indirecte. Aussi la durée de l'opération ou l'hémorrhagie pourraient devenir des indications à l'eau salée, même si le péritoine n'avait pas besoin d'être nettoyé! Dans certaines circonstances, cette facilité d'absorption constitue peut-être un danger : le pus, les matières fécales répandues dans la cavité péritonéale, peuvent contenir des principes solubles qui, une fois dissous dans l'eau du lavage, passeraient dans le sang et amèneraient des accidents. Aussi est-il prudent, lorsque le pus ou des matières fécales ont été répandus dans le péritoine, d'en enlever la majeure partie avec des éponges avant de commencer le lavage.

Il est possible de laver le péritoine avec des substances toxiques sans danger d'intoxication. Il faut, pour cela, faire précéder le lavage toxique d'un lavage de 10 minutes de durée avec la solution salée à 7 pour 1000 et le faire suivre d'un troisième lavage avec la même solution pour débarrasser le péritoine de l'excès de substance toxique. Quant aux indications du lavage antiseptique du péritoine, Delbet les résume ainsi :

1^o Les cas où les matières septiques se répandent dans le péritoine en quantité considérable au cours d'une laparotomie.

2^o Les cas où les produits septiques, pus ou matières fécales, ayant pénétré dans le péritoine avant la laparotomie, se sont répandus dans toute la cavité abdominale.

3^o Les cas de péritonite septique.

4^o Peut être les cas de tuberculose péritonéale.

En résumé, dit Delbet, il me semble que le lavage du péritoine n'est passible d'aucun reproche sérieux, tandis qu'il est capable dans certaines circonstances de rendre des services signalés.—
Concours médical.

Péri-arthrite du genou.—M. TERRILLON a observé sur un certain nombre de jeunes gens une variété de péri-arthrite du genou qui consiste dans l'inflammation du tissu cellulaire et de la bourse séreuse situés sous le ligament rotulien. Signalée par Gosselin, Trendelenburg et Spillman, cette affection est caractérisée par une déformation spéciale de la partie antérieure du genou ; il existe un gonflement très notable plus ou moins accentué, sur les parties latérales de la région ; ce gonflement diminue, mais ne disparaît

pas entièrement dans l'extension de la jambe. Il n'y a pas d'épanchement ni d'altération de l'articulation. Comme tous les fonctionnels on note chez la plupart des malades une difficulté dans les mouvements de flexion, de la douleur pendant la marche et même dans la station debout, de la contracture des fléchisseurs et parfois de l'atrophie des muscles extenseurs de la jambe et des muscles antérieurs de la cuisse.

Cette maladie est tantôt spontanée, tantôt provoquée par un traumatisme subit, violent, tel qu'une chute, ou par une pression continue comme dans l'acte de se mettre fréquemment à genoux. Elle apparaît entre 15 et 25 ans, assez souvent chez des rhumatisants, et presque constamment elle occupe les deux genoux, parfois à un degré d'intensité différent. Sa marche est lente, chronique, sujette à poussées plus ou moins aiguës sous l'influence de la marche et de la fatigue.

D'un pronostic variable à cause de la persistance possible de l'impotence musculaire, cette inflammation réclame le traitement des maladies péri-articulaires. Ce n'est donc pas à l'immobilité jusqu'à guérison qu'il faut s'adresser, comme pour les arthrites, mais, lorsque la période aiguë et inflammatoire s'est apaisée, il faut avoir recours aux douches, aux bains sulfureux, au massage, auxquels on ajoutera des manœuvres douces et graduelles de flexion et d'extension.—*Concours médical.*

Traitement de la rétention d'urine dans l'hypertrophie prostatique.—M. MCGILL a soumis aux délibérations de la *British Medical Association* les propositions suivantes :

1^o Les hypertrophies de la prostate qui produisent des symptômes urinaires sont intra-vésicales et non rectales ;

2^o Les rétentions d'urine sont produites par l'action de la partie intra-vésicale de la prostate, qui vient s'appliquer comme une soupape sur l'orifice urétral et bouche plus ou moins complètement ce dernier à chaque contraction de la vessie ;

3^o Dans beaucoup de cas, le malade doit apprendre à se sonder lui-même ;

4^o Quand ce traitement ne réussit pas, il faut recourir à des mesures plus radicales ;

5^o Ce traitement radical doit satisfaire à plusieurs indications : il doit momentanément drainer la vessie et enlever en même temps la cause de l'obstruction ;

6^o L'opération sus-pubienne remplit mieux ces desiderata que l'opération par le périnée ; elle convient dans tous les cas, elle peut être appliquée avec plus de précision, donne plus de jour, assure un drainage complet et n'est pas plus dangereuse.

L'auteur a appliqué ces principes dans 10 cas avec 8 succès complets, 1 succès incomplet, 1 mort après dix mois.

MM. Atkinson et Harisson confirment ces opinions de McGill, ils n'ont eu qu'un décès pour un grand nombre de cas heureux.

M. Bruce Clarke commence toujours par une incision périnéale pour assurer le diagnostic. Il a opéré deux cas et a obtenu deux succès complets. M. MacEwen se déclare convaincu par les arguments de McGill et mettra son procédé en pratique à la première occasion. MM. Bennett May, Lloyd et le professeur Trendelenberg sont du même avis.—*Lyon médical*.

Traitement non opératoire de la fistule à l'anus, par M. le professeur GUYON.—Il ne faut jamais opérer les fistules qui peuvent être tolérées.

Le traitement non opératoire consiste à rendre les gardes-robes molles et régulières, à rendre obligatoires les soins d'extrême propreté. L'état général sera l'objet d'un traitement reconstituant qui consistera surtout dans l'emploi du bromure associé au fer, comme dans la formule suivante ;

Bromure de potassium.....	10 gr.
Citrate de fer ammoniacal.....	0 gr. 50
Sirop d'écorce d'orange am.....	100 gr.

Une cuillerée à soupe matin et soir.

Les topiques seront appliqués après chaque défécation. Voici une bonne formule de suppositoires :

Iodoforme	0 gr. 10
Extrait de belladone.....	0 gr. 02
Beurre de cacao.....	q. s.

Pour un suppositoire qui sera appliqué après chaque garde-robe et le soir en se couchant.—*Bulletin médical*.

Poudre pour l'antisepsie intestinale.—M. BOUCHARD.

Naphtol b. finement pulvérisé	15 grammes
Salicylate de bismuth.....	7 gr. 30 centigr.

Mélez et divisez en 30 cachets, dont on administre de 3 à 12 par vingt-quatre heures. Avec 3 cachets par jour, on obtient déjà une anti-epsie intestinale suffisante en général dans la pratique.

Le salicylate de bismuth n'est pas, à proprement parler, antiseptique par lui-même ; mais M. Bouchard l'associe au naphtol à titre d'auxiliaire qui indique le degré d'antisepsie intestinale obtenu. En effet, tant que l'antisepsie n'est pas complète, il se développe dans le canal intestinal de l'hydrogène sulfuré qui réagit sur le salicylate de bismuth ; ses selles sont alors colorées en noir ; elles sont vertes au contraire lorsque l'antisepsie intestinale est parfaite.—*Semaine médicale*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Instruction relative à la prophylaxie de la fièvre puerpérale.—Le ministère chargé des affaires médicales en Prusse a fait paraître une instruction détaillée à laquelle les sages-femmes sont obligées de se conformer. Dans des considérations préliminaires, il est dit que chaque année plusieurs milliers de femmes succombent à la fièvre puerpérale, facile à éviter, difficile à guérir.

Les sages-femmes observeront en tout temps la plus grande propreté ; mais en présence d'une parturiente ou d'une accouchée, leurs mains, leurs bras et leurs vêtements seront rigoureusement nettoyés. Les manches seront disposées de façon à pouvoir être relevées jusqu'au milieu du bras ; un grand tablier en étoffe claire et fraîchement lavé couvrira la partie antérieure de leur vêtement. Les ongles seront coupés courts, à bords lisses, nettoyés avec du savon et une brosse. Aux instruments qui leur sont déjà prescrits et dont elles doivent être munies dans l'exercice de leur fonctions, elles ajouteront : un tablier frais, du savon, une brosse à ongles et une serviette fraîche ; un flacon contenant 90 grammes d'acide phénique liquide pur, et portant sur l'étiquette : " Attention ! à n'employer qu'en solution étendue " ; un verre gradué pour mesurer 15 ou 30 grammes d'acide phénique ; un thermomètre ; un irrigateur avec tube en caoutchouc et canule en verre.

Appelée auprès d'une parturiente, la sage-femme préparera immédiatement deux litres d'eau phéniquée, en employant 30 grammes d'acide phénique par litre. Elle veillera autant que possible à ce que la literie soit propre. Avant de faire un examen intérieur, elle se lavera les mains et les bras avec du savon et de l'eau tiède préalablement bouillie si cela est possible ; elle les plongera ensuite dans l'eau phéniquée. Les organes génitaux de la parturiente ne seront jamais lavés avec des éponges, mais avec du coton ou de la jute. La sonde et les ciseaux seront plongés dans l'eau phéniquée. Après l'accouchement, les organes génitaux seront lavés avec de l'eau bouillie et essuyés avec de la ouate. Les injections vaginales et intra-utérines ne seront pratiquées que sur indication du médecin ou dans des cas spécifiés par les instructions ; mais elles ne pourront être faites qu'avec de l'eau phéniquée.

La sage-femme évitera autant que possible d'être en contact avec des personnes atteintes de suppuration, de péritonite, de méurite, d'érysipèle, de diphthérie, de scarlatine, de variole, de syphilis, de blennorrhagie, de fièvre typhoïde, de choléra, de dysenterie.

Si elle a été en contact avec ces malades ou avec une accouchée dont les lochies ont une mauvaise odeur, elle lavera ses mains ainsi que ses bras dans de l'eau phéniquée, au moins pendant cinq minutes, et désinfectera également les instruments employés. Si elle s'est trouvée dans le logement d'une personne atteinte d'une de ces maladies, elle ne pourra visiter aucune autre parturiente ou accouchée qu'après s'être désinfectée et avoir changé de vêtements. Mais si une personne atteinte d'une de ces affections se trouve dans son logement, ou si elle soigne dans sa clientèle des malades atteintes de fièvre puerpérale, péritonite et métrite puerpérales, elle devra demander des instructions au médecin d'arrondissement et, en attendant, à un autre médecin. Pendant tout ce temps, il lui est interdit de visiter une femme enceinte; il lui est défendu aussi de visiter des parturientes ou des accouchées, sauf le cas de force majeure. Même alors, elle devra préalablement laver tout son corps, se désinfecter et se revêtir de vêtements frais.—*Praticien.*

Myomes utérins.—On lit dans le *Bulletin de thérapeutique*, que le Dr Lawson TAIT a renoncé au traitement des myomes utérins par l'hystérectomie, qu'il n'emploie que tout à fait exceptionnellement. Se basant sur ce fait que le myome est une maladie de la menstruation, et sur ce que sa cure semble dépendre de l'arrêt, soit naturel, soit artificiel de la menstruation, il se borne aujourd'hui à faire l'ablation des annexes de l'utérus (opération de Battey); procédé scientifique et d'une gravité beaucoup moindre que l'hystérectomie. Sur deux cent soixante-deux opérations, il a eu une mortalité de 1,23 p. c., avec des résultats thérapeutiques excellents.

Thérapeutique utérine antiseptique.—Le Dr M. PERAIRE a fait pendant deux ou trois ans des recherches bactériologiques sur les micro-organismes qui se trouvent dans la cavité utérine malade: il conclut de ces recherches que toutes les endométrites sont septiques. Que les microbes soient blennorrhagiques, tuberculeux, pyogéniques, ce sont eux qui constitueront toutes les variétés anatomiques des endométrites dans toutes leurs formes parenchymateuses et interstitielles; d'abord purement superficielle, l'inflammation microbienne se propage aux couches profondes de la muqueuse et de là au muscle utérin. Aussi, pour être rationnel, le traitement des affections utérines doit-il porter sur toute la cavité de l'utérus et être dirigé suivant les règles les plus sévères de l'antiseptie.

Lorsqu'on pratique un examen gynécologique, il faut, non seulement éviter tout traumatisme, mais être sûr de la parfaite asepsie de ses doigts, de ses ongles ainsi que des instruments dont on va se servir. Le vagin sera soigneusement désinfecté à l'aide d'injections et de tampons d'ouate iodoformée.

Pour désinfecter la cavité utérine, on peut faire à la rigueur un lavage complet avec une sonde à double courant; mais la stérilisation de la cavité utérine est mieux obtenue au moyen de crayons médicamenteux à l'iodoforme, au sublimé ou au salol. M. Terrier se sert pour le pansement de la cavité utérine de différents crayons dont voici les formules:

1 ^o Poudre d'iodoforme.....	10 gr.
Gomme adragante.....	50 centigr.
Glycérine.....	} Q. S.
Eau distillée.....	

pour dix crayons.

2 ^o Iodoforme en poudre.....	20 gr.
Gomme arabique ..	} ââ 2 gr.
Glycérine pure.....	
Amidon pur.....	

pour dix crayons.

3 ^o Sublimé	0.50 centigr.
Poudre de talc.....	25 gr.
Gomme adragante.....	1 gr. 50
Eau.....	} ââ Q. S.
Glycérine	

pour cinquante crayons.

L'eau et la glycérine ($\frac{2}{3}$ d'eau pour $\frac{1}{3}$ de glycérine) sont ajoutées par goutte jusqu'à consistance voulue.

Les crayons doivent être coupés de la grosseur d'une pilule de 20 centigr.

On peut faire également des crayons dans lesquels l'iodoforme est remplacé par le salol ou la résorcine.

Ces crayons sont introduits dans la cavité utérine, après qu'on a soigneusement abstergé le vagin et le col avec de l'ouate imbibée de sublimé à 1/1000. La cavité vaginale est ensuite remplie de tampons trempés préalablement dans une solution éthérée d'iodoforme à 1/10.

Lorsque cette antisepsie vaginale et utérine préparatoire est faite, on passe au traitement de l'endométrite: souvent, dans les cas légers, les pansements de la cavité utérine faits avec des crayons au bichlorure de mercure ou au salol seront suffisants; mais, dans d'autres cas, il faut faire l'exploration directe de la cavité de la matrice. Pour cela, en dilate artificiellement l'utérus soit avec la laminaire ou l'éponge préparée, soit avec des tampons d'ouate iodoformée d'après la méthode de Vulliet (de Genève); on procède ensuite, s'il est besoin, au curettage de la cavité utérine qui est de plus en plus employé dans la thérapeutique des métrites: cette opération convient toutes les fois qu'il existe des végétations polypeuses qui occasionnent des hémor-

rhagies ou entretiennent des écoulements. Il est indiqué dans l'endométrite fongueuse, polypeuse, hyperplastique, dans les hypertrophies utérines, dans les métrites ulcéreuses, dans toutes les endométrites purulentes, dans le catarrhe chronique du col ou du corps, dans les endométrites puerpérales occasionnées par la rétention de débris de membranes ou de placenta, dans la rétention totale ou partielle du placenta.

Contre les déchirures du col, l'ectropion de la muqueuse, l'hypertrophie des lèvres, Peraire pense qu'il faut instituer un traitement chirurgical destiné à rendre aux parties leur forme et leur situation normales. C'est ainsi que l'opération d'Emmet (vivification des lèvres de la déchirure du col, suture des surfaces vivifiées) diminue le volume du col et lui rend sa forme; de même par l'opération de Schröder (excision de la muqueuse malade faisant ectropion, etc.) on peut reconstituer le canal cervical.

—*Concours médical.*

Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus.—Le Dr A. CHARTIER préconise ce mode de traitement pour les cas où les injections intra-utérines ne sont pas suffisantes: le principe de cette méthode consiste à faire l'ablation du foyer d'infection par le grattage et à transformer la plaie infectée en une plaie aseptique mise à l'abri des germes de l'air au moyen d'un pansement approprié.

L'opération diffère peu du curage pratiqué pour l'endométrite chronique; les précautions antiseptiques avant l'opération ne doivent pas être négligées; quant à la dilatation du col, la plupart du temps elle n'est pas nécessaire; lorsque le col est fermé, on se sert de préférence des procédés rapides (dilatateur de Sims ou bougies de Hégar). Le ballon dilatateur de M. Champetier de Ribes nous paraît appelé à rendre ici de grands services.

Les instruments nécessaires sont deux valves de Sims, une pince de Museux, un spéculum et des curettes de diverses grandeurs. La femme est placée dans la situation obstétricale: l'utérus est abaissé comme à l'habitude; on introduit alors la curette doucement et sans force de façon à ne pas blesser le canal cervical. On dirige ensuite l'instrument dans le fond de l'organe et on racle successivement le fond, les angles, les faces postérieure et antérieure en allant de haut en bas. Quand, après avoir méthodiquement gratté les différentes parties de la matrice, la curette revient à vide, on cesse l'opération. A ce moment tous les opérateurs n'agissent pas de la même façon. Les uns se contentent de faire une injection intra-utérine et ne mettent pas de tampon même dans le vagin. La plupart font suivre le curage d'une cauterisation des parois utérines avec le chlorure de zinc, le perchlorure de fer, la teinture d'iode, la glycérine créosotée au 1/3. M. Doléris complète toujours le curage par un écouvillonnage et cauterise à la glycérine créosotée.

Le meilleur mode de pansement consiste à faire un tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée, soit à l'aide d'une longue lanière de gaze, soit avec de petits tampons muvis de fils. L'utérus rempli, on essuie bien le vagin et les culs-de-sac avec des tampons de coton hydrophile trempés dans du sublimé et préalablement exprimés et on remplit le vagin jusqu'à la vulve de gaze iodoformée de façon à faire une obturation complète. On applique du coton phéniqué sur la vulve et on maintient le tout par un bandage en T.

Le tamponnement peut être laissé en place 24 ou 48 heures. Si on constate une élévation de température on peut le changer plus tôt. En général, un pansement toutes les 24 heures suffit; chaque fois on fait une injection intra-utérine au sublimé ou à l'acide phénique. Le tampon intra-utérin peut être enlevé au bout de 2 ou 3 jours et il suffit de faire tous les 6 ou 8 jours un simple tamponnement vaginal jusqu'à la vulve.—Le curago ne dispense pas du traitement général (toniques, sulfate de quinine, etc).

A quel moment doit on intervenir par le curago? Doit-on opérer dès qu'on observe une légère élévation de température, un peu d'odeur des lochies?

Non; il faut toujours commencer par des injections intra-utérines; si la température ne cède pas rapidement à l'irrigation utérine, c'est alors qu'on pratiquera le curago. L'intervention est encore indiquée dans les cas où il y a, en même temps que les phénomènes infectieux, des hémorrhagies graves.—*Concours médical.*

Traitement de la dysménorrhée.—Le Dr J. CHÉRON recommande l'emploi des injections sous-cutanées d'acide phénique dans la dysménorrhée: il en a obtenu les meilleurs résultats dans des cas où il hésitait à recourir à la morphine et où l'estomac tolérait difficilement les diverses potions calmantes.

La solution qu'il recommande est la suivante:

Acide phénique neigeux.....	2 gr.
Eau stérilisée et distillée.....	100 gr.

Les injections sont pratiquées à la paroi abdominale, ou dans la masse sacro lombaire, suivant le siège prédominant des douleurs. Une injection de 5 grammes est faite dès que s'annoncent les règles; elle peut être répétée, au besoin, 2 et 3 fois dans la journée.

Le mois suivant, les injections seront reprises, à la dose de 10 grammes chaque fois, tous les jours, pendant la semaine qui précède les époques.

Ce moyen, très actif, est inoffensif, puisque M. Chéron a pu souvent, sans inconvénients, injecter sous la peau jusqu'à soixante grammes, en une seule séance, de la solution phéniquée à 2 0/0.
—*Concours médical.*

PÆDIATRIE.

Bains hygiéniques et thérapeutiques de l'enfance. (1) — BAINS THÉRAPEUTIQUES. — Les bains peuvent rendre les plus grands services dans la thérapeutique de l'enfance. Les modifications qu'ils impriment à l'organisme dépendent soit de leur température, soit de l'addition de substances médicamenteuses.

Au point de vue de la température, les bains sont dits froids au-dessous de 20° C., frais de 20° à 25°, tièdes de 25° à 30°, chauds de 32° à 40° (Diel et Wetzler.)

On peut tirer quelquefois parti de l'élévation graduelle, mais surtout de l'abaissement progressif de la température.

Le bain *graduellement refroidi*, dont mon maître, M. le professeur Bouchard, a fait une des bases de son traitement de la fièvre typhoïde, n'a pas été assez utilisé chez l'enfant dans les autres maladies hyperthermiques. Instruit par son enseignement, j'ai eu, pour ma part, plusieurs fois à me louer de l'avoir employé dans la fièvre typhoïde, la scarlatine maligne et le rhumatisme cérébral.

Ellis, qui conseille aussi le bain refroidi, dit que "l'enfant doit être immergé d'abord dans de l'eau à 35°, qu'on refroidit ensuite en 30 minutes environ, jusqu'à la température de 21°, ou même plus bas, s'il est nécessaire, par l'addition d'eau froide."

J'ai employé toujours, et je la crois préférable, la méthode de M. Bouchard: mettre l'enfant dans un bain à 2 degrés au-dessous de la température rectale du malade [le bain aura, par exemple, une température initiale de 38°, si le malade a 40°]; de dix en dix minutes, on abaisse la température de un degré par addition d'eau froide, et on retire l'enfant du bain quand celui-ci a été ramené à 30°. Au-dessous de cette température, le frisson éclate, le collapsus pourrait se montrer.

L'enfant est enveloppé dans une couverture de laine, replacé dans son lit et vigoureusement frictionné, en même temps qu'une boule d'eau chaude est placée à ses pieds. Cette méthode de balnéation a le grand avantage d'amener infailliblement un abaissement thermique, qui n'est quelquefois que d'un demi-degré, qui atteint habituellement 1 degré, parfois 2 et même 3 degrés; cette chute de la température est obtenue sans impression désagréable, sans secousse nerveuse, sans crainte de collapsus. On peut, sans bataille avec l'enfant, lui faire prendre ainsi plusieurs bains par 24 heures. Ils conviennent, je l'ai dit, aux

(1) Suite. Voir la livraison de février.

maladies hyperthermiques, notamment au début des fièvres éruptives, quand l'exanthème tarde à paraître, dans les complications cérébro-spinales des infections.

Les bains à température croissante peuvent être quelquefois utilisés pour réchauffer des malades en état de collapsus algide. Je les ai employés dans des cas d'entérite cholériforme, et chez un enfant qui avait été soumis à une semi-congélation, ayant passé une nuit d'hiver sans asile sous la neige. En pareil cas une grande prudence est de rigueur et il est bon de faire suivre le bain, qui ne doit être chauffé que lentement et qui ne doit pas être prolongé au-delà d'une demi-heure, d'une friction alcoolique; l'application de compresses imbibées d'eau froide sur la tête et la nuque combattra la tendance à la congestion encéphalique.

Bains médicamenteux.—On peut en attendre une action topique ou une action générale, quelquefois les deux à la fois.

L'action topique est cherchée dans certaines dermatoses ou manifestations cutanées des maladies générales : on emploie ainsi les bains sulfureux, d'amidon, alcalins, gélatineux, glycinés, mercuriels et arsenicaux. Voici plusieurs formules que j'emprunte à Ellis et à divers auteurs :

Bain sulfureux.

Sulfure de potassium..... 60 gr.
Eau chaude..... 45 litres.

Baignoire de bois, de zinc ou de fonte émaillée.

Bain gélatineux.

Gélatine..... 120 gr.

Ajouter assez d'eau chaude pour faire dissoudre et mêler le tout avec 20 litres d'eau environ.

Bain acide.

Acide nitrique..... 30 gr.

Acide chlorhydrique..... 60 gr.

Eau chaude..... 60 litres environ.

Le bain doit être préparé dans une baignoire en bois. Durée 10 minutes.

Bain alcalin.

Carbonate de soude..... 100 gr.

Eau..... 60 litres.

Bain de glycérine.

Glycérine..... 150 gr.

Gomme adragante..... 50 gr.

Faites bouillir dans un litre d'eau, ajoutez 20 litres d'eau chaude.

Bain arsenical.

Arséniate de soude..... 5 à 10 gr. pour un bain.

Peut être utile dans certaines dermatoses non aiguës, torpides et dans certains rhumatismes noueux.

Bain mercuriel.

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 50 c.
Alcool.....	8 gr.
Eau distillée	30 gr.

Verser cette solution dans l'eau du bain.

Il ne faut pas oublier que les bains de sublimé, qui sont vraiment utiles contre les manifestations cutanées syphilitiques, ne tiennent pas lieu du traitement interne.

L'action générale des bains médicamenteux peut avoir pour résultat d'éveiller les réactions du système nerveux brusquement ou lentement, de le stimuler s'il est torpide, de le déprimer s'il est trop excité.

Parmi les bains médicamenteux, les uns agissent immédiatement sur les extrémités nerveuses de la peau, c'est le cas des bains sinapisés, salés, ferrugineux, astringents; d'autres, par les émanations qui s'en dégagent, bains alcooliques et vineux, sulfureux, iodo-bromés, de valériane, de tilleul et d'autres espèces aromatiques.

Bain sinapisé.

Farine de moutarde.....	60 gr.
Eau chaude.....	20 litres.

L'enfant doit être rapidement immergé—sauf la tête, bien entendu,—ne pas y être laissé plus de quelques secondes, retiré dès que la peau rougit et replongé 2 ou 3 fois de suite.

A propos de ce bain comme à propos des bains médicamenteux contenant des substances irritantes, il faut recommander de prendre garde que quelques gouttes d'eau ne rejaillissent dans les yeux.

Bain ferrugineux.

Sulfate de fer, ou citrate de fer ammoniacal.	15 gr.
Eau.....	20 gr.

Verser dans l'eau d'un bain.

Bain astringent.

Ecorces de quinquina ou de chêne 150 gr., faire bouillir une demi-heure dans $\frac{1}{2}$ litre d'eau, passer au tamis. Verser la décoction dans l'eau du bain.

La décoction de feuilles de noyer est astringente à un moindre degré.

Bain iodé.

Iode.....	60 gr.
Solution de potasse	15 gr.
Eau.....	30 litres.

Bain de brome.

Brome.....	5 gouttes.
Iodure de potassium	15 gr.
Eau	30 litres.

Bain de valériane.

Racine de valériane..... 4 gr.
 Eau bouillante 1 litre.
 Faire infuser et verser dans le bain.

Bain de tilleul.

Fleurs de tilleul..... 250 à 500 gr.
 Faire infuser une heure.

Bain aromatique.

Espèces aromatiques (feuilles et sommités
 d'absinthe, d'hysope, de menthe poivrée,
 d'origan, de romarin, de sauge, de ser-
 polet, de thym)..... 1 kilogr.
 Eau bouillante..... 12 litres.
 Faites infuser 1 heure, passez, mêlez à l'eau du bain.

Bain salé.

Sel commun ou eaux-mères de Salins, de Salles-de-Béarn. Quan-
 tité variable.

Les indications des bains de valériane, de tilleul, d'espèces
 aromatiques, sont les états névropathiques [la chorée, l'irritation
 cérébrale], l'éclampsie réflexe, etc.

Les bains salés, sulfureux, iodés et bromés conviennent au
 lymphatisme, à la scrofulo-tuberculose.

Les bains alcoolisés, bains de vin, trouvent leurs indications
 dans les états adynamiques, les collapsus, le choléra infantile.

—DR. LE GENDRE in *Concours médical*.

**Causes, signes, diagnostic et traitement des abcès rétropha-
 ryngiens chez les enfants.**—Il est peu d'affections de la première
 enfance où l'exactitude et la précocité du diagnostic soient aussi
 immédiatement que dans les abcès rétropharyngiens une question
 de vie ou de mort. Il en est peu qui, tant à cause de leur rareté
 relative que de l'obscurité de leurs symptômes, soient aussi facile-
 ment méconnues. Cette courte note a pour objet de résumer les
 grandes lignes de l'étiologie, des symptômes, du diagnostic et du
 traitement de cette affection.

Les abcès rétropharyngiens s'observent surtout chez des enfants
 de moins d'un an. Jusqu'à deux et trois ans on en rencontre encore
 quelques cas. Ils deviennent ensuite fort rares. La statistique de
 Bokai portant sur 142 cas recueillis à l'hôpital d'enfants de Pesth
 donne 86 abcès avant un an (60,50700), 48 entre deux et trois
 (33,80700), 8 seulement entre trois et sept (5,60700). C'est donc
 chez des enfants incapables de donner le moindre renseignement
 sur le siège de leur mal qu'on aura 95 fois sur 100 à faire le dia-
 gnostic. Ce diagnostic pourra être d'autant plus aisément méconnu
 que l'affection est vraiment rare. A l'hôpital de Pesth, c'est à
 peine si la statistique a donné un enfant atteint d'abcès rétro-
 pharyngien sur 500 enfants soignés pour diverses maladies.

Comme causes immédiates on retrouve les mêmes causes d'irritation variées que dans tous les autres abcès ganglionnaires : lésions de la peau (eczéma et impétigo du cuir chevelu), lésions de la muqueuse buccale, nasale ou pharyngée (stomatites, coryzas, angines diverses). Ces lésions initiales sont souvent très légères, elles sont trop banales pour éclairer le diagnostic. C'est en déterminant des lésions analogues de la peau ou des muqueuses qu'agissent la syphilis héréditaire, la rougeole et la scarlatine, affections qu'on retrouve souvent dans l'étiologie des abcès rétropharyngiens.

Les symptômes du début (fièvre, malaise, agitation) sont peu caractéristiques. Le premier symptôme important, parce qu'il appelle l'attention du côté de la gorge, est la *gêne de la déglutition*. L'enfant tette mal et lentement, il rejette souvent le lait qu'il avait commencé à prendre.

Les *modifications du cri*, peut-être un peu moins précoces, sont encore plus utiles au diagnostic. Labric a résumé ces modifications par une comparaison qui en donne une idée plus exacte que toutes les descriptions théoriques. Il compare le cri au "*coïn coïn*" du canard.

Les troubles de la respiration qui devient difficile, bruyante, anxieuse, et les phénomènes d'asphyxie n'apparaissent heureusement qu'à une époque encore plus éloignée. Si le diagnostic n'était fait que d'après eux, l'intervention opératoire serait ordinairement trop tardive. Souvent, en effet, à cette période, l'abcès pharyngien est compliqué de broncho-pneumonie.

Quand l'abcès est méconnu, c'est ordinairement, d'ailleurs, moins faute d'un examen précoce de la gorge que faute d'une bonne exécution de cet examen. L'examen par la vue ne donne dans les abcès rétropharyngiens que des résultats très imparfaits. L'arrière-gorge est pleine de mucus, et la rougeur et la tuméfaction se trouvent complètement masquées. Il est vrai que la présence même de ce mucus devient un signe diagnostic.

Mais le seul signe vraiment pathognomonique est donné par le *toucher*. L'index sent dans le pharynx, sur la paroi postérieure, en arrière du voile du palais, une *tuméfaction plus souvent latérale que médiane*. Dans les cas les plus faciles, on sent même en appuyant le doigt une certaine rénitence et, au moment où on le retire, un choc en retour, véritable fluctuation. Il ne faut d'ailleurs pas trop prolonger cette recherche, car l'examen amène toujours une grande gêne de la respiration du petit malade.

"La paroi de l'abcès peut être si résistante et si tendue, écrit Kœnig, qu'assurément le toucher ne fait croire à rien moins qu'à une collection liquide." Et cependant l'incision donne du pus. La constatation de la tuméfaction pharyngienne sans fluctuation nette suffit donc à justifier l'intervention.

Le diagnostic différentiel est en effet des plus simples. Quand chez un enfant en bas-âge on constate une affection aiguë offrant l'ensemble de symptômes suivants (fièvre, malaise, troubles de la

-déglutition et de la voix, tuméfaction pharyngienne), on ne peut avoir affaire qu'à un abcès rétropharyngien. Les *abcès par congestion* liés au mal de Pott, les *kystes dermoïdes* ont une évolution chronique bien différente. Une adénite aiguë rétropharyngienne non suppurée n'est presque toujours que le premier stade de l'abcès, stade ordinairement fort court; son existence comme maladie à part est peut-être plus théorique que réelle; pratiquement on ne devra jamais l'admettre d'après les résultats du toucher seul, mais il faudra faire au moins une ponction exploratrice négative.

L'erreur de diagnostic la plus fâcheuse est la suivante.

La tuméfaction profonde produite par l'abcès rétropharyngien est ordinairement à peine perceptible par la palpation extérieure. Dans quelques cas cependant elle peut être un peu plus manifeste et faire croire à un *abcès profond du cou*. Si l'on attaque cet abcès par l'incision extérieure, on aura une véritable opération laborieuse, difficile, dangereuse, il faudrait pénétrer à une profondeur telle que presque toujours on s'arrêtera avant d'atteindre le pus. Mais cette erreur sera évitée en recherchant bien la saillie de l'abcès rétropharyngien dans l'arrière-cavité buccale, saillie qui s'avance bien plus vers la ligne médiane que ne pourrait le faire un abcès profond du cou.

La statistique de Gauthier portant sur 91 cas d'abcès pharyngiens donne les résultats suivants : Sur 33 cas d'abcès non diagnostiqués ou non incisés, 33 décès; sur 58 abcès incisés, 50 guérisons. Sur les 8 décès des abcès opérés, l'incision avait été quatre fois insuffisante. La statistique de l'hôpital de Pesth où l'on fait toujours une large incision au bistouri et où l'on n'emploie jamais le trocart, ne donne que 7 décès sur 142 opérés (Bokai).

L'incision se fait avec un bistouri garni de diachylon jusqu'à un centimètre et demi de la pointe. Elle doit, pour éviter l'hémorragie, porter aussi bas que possible (De Saint-Germain). La langue sera donc fortement déprimée par l'index gauche qui sert de guide à l'instrument, le coup de bistouri sera donné de haut en bas et obliquement de dehors en dedans pour se rapprocher de la ligne médiane. L'incision aura une étendue d'environ deux centimètres. On explorera avec le doigt le point sur lequel elle doit porter pour s'assurer qu'on ne sent point de gros battements artériels.

Au moment de l'incision on observe parfois la chute du pus dans le larynx. Dans deux cas de Bokai, l'asphyxie fut très menaçante et l'enfant ne put être ranimé que par les courants d'induction; dans un cas où je servais d'aide, à l'hôpital des Enfants-Malades, à mon collègue et ami Témoin, on songeait à faire la trachéotomie. Mais en renversant l'enfant la tête en bas, on obtint heureusement la sortie du pus et la cessation des accidents.

Pour éviter cette complication, le mieux est de tenir la tête de l'enfant droite et non fortement renversée en arrière pendant l'incision et, sitôt le coup de bistouri donné, d'incliner la tête de suite en avant.

Après l'issue du pus, Koenig recommande de faire pénétrer dans la cavité de l'abcès une petite quantité d'iodoforme. Il faudra surveiller l'enfant pendant quelques jours pour s'assurer que l'abcès se vide bien.—Dr A. F. Plicque, in *Concours médical*.

Scélérose en plaques chez une enfant.—Une fillette de six ans atteinte de scélérose en plaques disséminée offre les symptômes de l'affection les plus nets. Elle a des tremblements à l'occasion des mouvements voulus, elle a la parole scandée si caractéristique, ses réflexes sont exagérés, ses pupilles commencent à être rétrécies, le tableau symptomatique est complet. La cause de cette scélérose est intéressante à signaler: elle est survenue à la suite d'une chute d'une certaine hauteur. Mais ce qui est le plus curieux dans cette observation, c'est l'âge même de la petite malade. Je ne connais qu'un cas bien certain de scélérose en plaques chez l'enfant vérifié par l'autopsie.—*Société médicale de Berlin*.

Application de la suggestion à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux ou dégénérés.—M. BERILLOX donne les conclusions suivantes:

1^o La suggestion employée rationnellement par des médecins expérimentés et compétents constitue un agent thérapeutique fréquemment susceptible d'être appliqué avec avantage en pédiatrie;

2^o Les affections dans lesquelles les indications de la suggestion ont été établies chez les enfants par des faits rigoureusement observés sont: l'incontinence nocturne d'urine, l'incontinence nocturne et diurne des matières fécales, les tics nerveux, les terreurs nocturnes, la chorée rythmique, l'onanisme irrésistible, le blepharospasme, les attaques convulsives d'hystérie, les troubles purement fonctionnels du système nerveux;

3^o La suggestion n'a pas, jusqu'à ce jour, de résultats assez appréciables dans le traitement de l'idiotie ou du crétinisme;

4^o La suggestion, envisagée au point de vue pédagogique, constitue un excellent auxiliaire dans l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés;

5^o L'emploi de la suggestion doit être réservé pour les cas où les pédagogues avouent leur complète impuissance. Elle est surtout indiquée pour réagir contre les instincts vicieux, les habitudes de mensonge, de cruauté, de vol, de paresse invétérée;

6^o Le médecin sera seul juge de l'opportunité de l'application de la suggestion contre ces manifestations mentales, qui sont souvent sous la dépendance d'un véritable état pathologique, et, en aucun cas, nous ne conseillons l'usage de la suggestion en pédagogie lorsque l'enfant sera susceptible d'être amendé par les procédés habituels de l'éducation.

Au point de vue pratique, on a cité des guérisons de certaines affections nerveuses, avec ou sans lésion organique, des opérations faites pendant l'insensibilité hypnotique, telles que: ablation de loupes, accouchements, etc.—*Congrès d'hypnotisme*.

MÉDECINE LÉGALE ET DERMATOLOGIE.

Les traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale, par M. VIBERT. (1)— M. Vibert admet parfaitement les idées de M. Charcot, mais avec des restrictions. M. Gilles de la Tourette déclare que le traumatisme n'est que secondaire et que la prédisposition est indispensable. Pourtant, la statistique comprend beaucoup d'hommes de quarante à soixante ans, calmes, anciens militaires, et qui avaient été exposés sans inconvénients à d'autres dangers. D'autre part, des hystéro-épileptiques confirmées n'ont présenté aucune aggravation après des accidents semblables. Il faut donc renverser le problème et considérer surtout le traumatisme. La nature même du trauma est très importante. A la suite des rixes, coups d'épée, de couteau, balles de revolver, on n'observe pas cet état auquel on doit conserver provisoirement le nom de *Railway-spine*. Au contraire, il est surtout fréquent dans les accidents de chemin de fer. On le retrouve dans les accidents de voiture, dans les chutes sur la tête, du haut d'un échafaudage. La commotion joue donc un rôle indéniable. Au point de vue pratique, le pronostic de ces cas est très difficile à formuler; aussi ne doit-on l'indiquer que d'une façon très vague dans les rapports médico-légaux.

M. LACASSAGNE (de Lyon) a vu dans sa pratique une grande quantité de malades que chacun a pu trouver aussi. Ils s'agit d'ouvriers bien portants et laborieux, qui, une fois blessés et alités, ont une répugnance très grande à se remettre au travail, répugnance entretenue surtout par l'espoir d'obtenir de plus forts dommages-intérêts de leurs patrons. Ils sont encouragés dans cette idée par des courtiers véreux et n'osent bouger de chez eux de peur d'être vus par les agents des compagnies d'assurances. Leur appétit et leur état général restent pourtant bons. Une fois leur procès jugé et la comédie finie, ils se remettent au travail comme avant. M. Lacassagne désigne ces malades sous le terme de *procéduriers*. Ce ne sont point des simulateurs, ce ne sont pas non plus des malades, ce sont des gens qui se laissent aller à exagérer plus ou moins leur état. Ils ne sont d'ailleurs pas hystériques.

M. MORET.—Les difficultés signalées par M. Lacassagne sont réelles et fréquemment rencontrées. Il est évident que toutes les suites des traumas cérébraux ne peuvent rentrer dans l'hystérie, et l'on ne peut suivre M. Gilles de la Tourette quand il accuse les experts d'examiner trop vite les sujets et de méconnaître leur

(1) Suite et fin. Voir la livraison de février, page 103.

état névropathique; dans les cas légers il peut y avoir chez le traumatisé des symptômes hystérimiformes; mais les cas graves s'éloignent absolument de l'hystérie et se rapprochent tellement des affections centrales à marche progressive, qu'elles sont parfois très difficiles à distinguer de la paralysie spinale vraie.

M. DUPONCHEL pense que, tout en admettant comme vraie au point de vue scientifique la doctrine de la prédisposition, on ne peut sans injustice l'adapter au point de vue pratique. Voici pourquoi: un soldat est blessé, il en résulte pour lui une monoplégie brachiale hystérique tenace, qui peut durer des années, car la gravité de ces affections est plus grande qu'on ne l'avait supposé d'abord. Si le médecin le déclare hystérique et prédisposé, il n'a droit, d'après la loi militaire, à aucune pension de retraite. Et pourtant, sans l'accident, il eût pu continuer indéfiniment à se bien porter.

M. CHRISTIAN est convaincu, d'après sa pratique, que, quelle que soit la bénignité apparente d'une plaie de tête, il faut toujours faire les plus grandes réserves pour l'avenir, car la paralysie générale peut apparaître même après dix années.

M. BROUARDEL croit qu'on serait bien près de s'entendre si l'on supprimait le mot hystérie. M. Vibert voit le début des accidents, M. Lacassagne les suit au cours de la maladie et quand le procès poursuit. M. Christian voit lui, la période tertiaire. C'est là ce qui explique leur apparente divergence. Au point de vue des stigmates, il trouve leur valeur purement relative. Les criminels ont aussi des plaques d'anesthésie et des paralysies sensitivo-sensorielles, dès qu'ils sont en prison; ils n'en avaient pas avant; elles cessent dès qu'ils sortent de prison. C'est donc une hystérie expérimentale et transitoire, qui ne répond pas à l'idée qu'on se fait généralement de la maladie. Pour lui, ces accidents relèvent des troubles de nutrition amenés par le brusque changement de régime que subit le blessé ou le condamné. Il en résulte une intoxication par les ptomaines, accompagnée de toxicité des urines. Quant à la prédisposition, son rôle a été fort exagéré. Tout le monde se trouverait prédisposé si l'on relevait les tares les plus légères des familles.

Examen méthodique des petites filles victimes d'attentat à la pudeur.—M. LACASSAGNE (de Lyon) a précisé les règles à suivre dans ces expertises.

Ces sortes d'affaires sont extrêmement fréquentes, et constituent en moyenne le 1/3 des affaires criminelles d'une session. Il serait nécessaire d'adopter une règle, une méthode de laquelle on ne se départirait pas, et l'on devrait même créer des feuilles d'observation médico-légales contenant un questionnaire à remplir. Les petites filles à examiner sont les enfants au-dessous de 13 ans; il faut considérer la victime et le violateur.

Examen de la victime. Cet examen doit être fait dans le plus

bref délai, devant une tierce personne, aide ou même gardien; il faut laisser l'enfant faire son récit, car il est des détails qu'une menteuse ne peut inventer, et qui peuvent éclairer le juge; c'est ainsi que presque toujours il n'y a pas intromission, mais seulement que M. Lacassagne appelle le coït périnéal. C'est donc au niveau de la fourchette, et non du clitoris qu'on trouvera le plus souvent les rougeurs et excoriations produites par le pénis. On examine la constitution générale de l'enfant, puis on passe à l'examen local. On note les ecchymoses, coups d'ongle sur les genoux, mollets, cuisses, etc. On examine ensuite la vulve et l'hymen en le dépliant quand besoin est. On n'observe sa déchirure qu'26 fois 0/10 à peu près. On note l'état des écoulements, parfois très abondants et les traces de masturbation, car les magistrats interrogent toujours sur ce point. Il n'y a à cet égard aucun signe physique net, si ce n'est l'aspect général de flétrissure et de défloration et la présence assez com tante d'un point mammaire douloureux. On termine par l'examen de l'anus. Il ne faut pas négliger de revoir l'enfant 8 à 10 jours après.

Examen du violeur. On doit noter son état physique, sa force musculaire, pour vérifier les dires de l'enfant, les marques de maladie, de tatouage qu'il peut présenter. Au point de vue moral, il faut savoir que l'état de célibataire, certaines professions telles que celle de cordonnier, l'existence d'une blennorrhagie, constituent autant de présomptions contre l'accusé.

M. RICHARDIÈRE — Ce qui complique cette question, c'est que rien ne permet de faire le diagnostic de la vulvite des petites filles d'avec la vulvite blennorrhagique.

MM. POUCHET, LACASSAGNE ont recherché le *Gonococcus* de Neisser sur les taches de linge. Il faut, pour qu'on puisse le retrouver, que les taches soient encore fraîches; au bout de quelques heures, il n'est plus temps et toute recherche est infructueuse.

M. DESCOURS. — L'examen des linges saisis et portant la date de la saisie permet quelquefois de constater que l'écoulement est antérieur à l'attentat. Il y a là un signe à ne pas négliger. — *Concours médical.*

De la macération chez le fœtus vivant. — On connaît les altérations macroscopiques et les modifications histologiques des tissus du fœtus lorsque, après sa mort, celui-ci est retenu un certain temps dans la cavité close de l'œuf: différents auteurs (Lempereur, Sentex, Ruge, etc.) ont étudié la nature et l'ordre d'apparition des phénomènes de dégénérescence à l'ensemble desquels on donne le nom de *macération*; ils ont, de plus, cherché à préciser l'époque où se voient les premiers signes de cette macération. Ce n'est en général qu'à partir du troisième jour qui suit la mort du fœtus qu'apparaissent le décollement de l'épiderme, son soulèvement sous forme de phlyctènes qui se produisent sur plusieurs points du corps, la déchirure de ces phlyctènes et la dénudation

du derme qui en est la conséquence. C'est de la sérosité sanguinolente qui infiltre les tissus œdématisés du fœtus : lorsque cette sérosité s'est écoulée par suite de la rupture des phlyctènes, le derme, qui est ainsi mis à nu, paraît luisant et rouge.

M. Rabemont-Dessaignes, en se basant sur des observations personnelles ainsi que sur d'autres observations qui lui ont été fournies par Mme Henry et par le professeur Pinard, montre que la formation des phlyctènes et la dénudation du derme peuvent s'observer à un moment plus rapproché de l'époque de la mort ; un jour, quelques heures même, suffisent parfois pour que le derme soit mis à nu en plus d'un point. Ces lésions peuvent même se produire pendant la vie. Cette macération hâtive est caractérisée par la coloration *opalinoclaire* du liquide qui contient les phlyctènes et par la *teinte rose pâle* du derme mis à nu. Plusieurs des fœtus chez lesquels ont été observés ces phénomènes étaient atteints d'anasarque, qui, on le conçoit, facilite singulièrement la formation rapide des phlyctènes.

Ces faits n'ont pas seulement un intérêt scientifique, ils peuvent avoir une certaine importance en médecine légale.— *Concours médical.*

Folliculites destructives des régions velues, par le Dr V. NICLOT.—M. Quinquaud a appelé l'attention des élèves de son service à l'hôpital Saint-Louis sur une variété spéciale de folliculite, jusqu'à ce jour non décrite, produisant dans les régions velues, et au cuir chevelu en particulier, une destruction définitive du follicule pileux. M. Niclot en a recueilli plusieurs observations. Nous lui empruntons la suivante :

A. . Louis, âgé de 12 ans, entré le 5 octobre 1888, salle Bi hat, lit No 7, Nogent-sur-Marne, au Perreux.

Sa mère est bien portante, sans antécédents notables. Son père est mort au pays de cause inconnue.

A eu une éruption de nature indéterminée, généralisée, apyrétique, que l'instituteur a appelée le "pou", nom du pays. Cette affection a duré quinze jours, et a guéri sans traitement. Il était tout jeune à l'époque.

L'affection qu'il porte actuellement sur la tête a débuté il y a six ans. Près de lui, en classe, se trouvait un petit garçon qui avait une lésion analogue du cuir chevelu. Ils changeaient quelquefois leur coiffure.

Les plaques d'alopecie actuellement existantes n'ont, au dire de l'enfant, guère progressé depuis six ans. Il n'y avait pas de croûtes. Les cheveux tombaient laissant une surface dénudée.

5 octobre 1888.—Actuellement il existe en avant, et au niveau du bon billon, surtout à droite, une surface ravagée par la lésion, qui s'étend jusqu'à trois travers de doigt de la limite frontale de la chevelure.

Les désordres sont caractérisés par une absence de cheveux par places. La présence çà et là d'élevures rouges avec un poil contenant un point blanchâtre existant aussi bien à la périphérie qu'au centre de la lésion. Le maximum des points de folliculite est au niveau du vertex. Certains poils sont engainés par une croûte. La traction de la pince les arrache avec facilité.

Sur presque toute l'étendue des altérations, l'on voit surtout des surfaces cicatricielles, avec absence complète de follicules pileux ou quelques cheveux rares implantés sur une peau blanche, lisse, légèrement érythémateuse par places.

Les lésions sont irrégulièrement disposées, comme serpiginieuses, nullement limitées par une ligne précise. Au milieu des surfaces les plus décalvées traverse une zone presque intacte de poils.

On nettoye les surfaces avec l'eau de guimauve, des frictions au savon noir.

Le 20.—On pratique l'épilation. Lotions avec la solution de bichlorure et de biiodure de mercure ci-dessous.

La peau rougit, et desquame sous l'influence des lotions.

17 novembre.—Légère rougeur. Encore quelques rares points purulents. L'affection est très améliorée.

Cette variété de folliculite a été longtemps confondue avec des affections à symptomatologie voisine, comme les teignes et la pelade en particulier.

Cette affection néanmoins présente des caractères fondamentaux qui permettent de la distinguer de ces autres maladies.

Le siège d'élection est le cuir chevelu. Quelquefois, on la rencontre dans d'autres régions velues, la barbe, le pubis, le creux axillaire. Dans ces différentes régions, l'affection se comporte, avec quelques variantes, suivant les mêmes modalités cliniques.

Son caractère fondamental est d'être folliculeuse : il s'agit d'une folliculite épilante rapide, aiguë, décollée, à la base du cheveu ou du poil, par la présence, soit d'une simple rougeur, d'une saillie folliculaire hyperhémique, avec ou sans desquamation secondaire, soit d'une petite croûte, sur un fond à peine suintant, soit, enfin, suivant un processus plus complet, poussé jusqu'à la suppuration, d'un point purulent, sorte d'abcès miliaire, du volume d'une tête d'épingle ou même moins volumineux, punctiforme.

Ce poil, centre du point malade, qui se détache avec facilité sous la pince de l'épileur, est destiné à tomber, spontanément ou arraché par le patient. Sa chute spontanée se fait du huitième ou quinzième jour. A cette place, il y a destruction définitive, complète de la papille pileuse. Il en résulte une alopecie localisée, définitive, avec formation d'un tissu pseudo-cicatriciel. Le nombre des points de folliculite est très restreint, ils sont isolés les uns des autres. Ils ne deviennent pas confluents, eczématoïdes, comme cela s'observe si souvent dans les folliculites ordinaires de la barbe ou d'autres régions. La lésion se fait proprement, sèchement, sans liquide suintant.

On ne constate ni croûtes, ni godets faviques, ni séborrhée, ni tubercules.

Les recherches faites dans le laboratoire de M. Quinquaud prouvent que cette maladie est produite par un parasite spécial. En conséquence elle est contagieuse; et le traitement consistera à détruire le microbe pathogène d'abord, et ensuite à calmer les phénomènes inflammatoires légers et à débarrasser le cuir chevelu des croûtes qui le recouvrent.

On commencera donc par nettoyer soigneusement avec une lotion savonneuse, savon noir par exemple, le cuir chevelu des croûtes dont il est le siège, après avoir, bien entendu, s'il s'agit d'un homme surtout, fait tondre ras la partie atteinte ou même toute la surface pileuse. S'il existe quelques phénomènes inflammatoires, on pourra, pendant quelques jours, user d'émollients, eau de guimauve, ou pulvérisations très légèrement antiseptiques.

On fera, tous les matins, une lotion avec la solution suivante :

Bichlorure de mercure.....	1
Biodure de mercure.....	0.15
Alcool.....	.60
Eau.....	.500

Lotion dont on complètera l'effet par une application tous les dix jours environ, d'une couche de teinture d'iode qui dépassera la zone des régions envahies.

Dans certains cas, il pourra être utile de pratiquer l'épilation à ce niveau, puis de faire le traitement ci-dessus. La maladie, purement locale, n'indique pas, par elle-même, de traitement général.

Un mois environ de semblable thérapeutique suffit généralement à éviter de nouvelles poussées et arrête l'évolution de la folliculite, sans remettre en état, bien entendu, les régions déjà dénudées.—*Paris médical.*

Traitement des sueurs fétides des pieds.—M. BARDET.—Se laver les pieds tous les matins en hiver, matin et soir en été, et faire des lotions à l'alcool après le bain de pieds. Changer de chaussettes tous les jours et verser sur celles-ci une petite quantité de la poudre suivante :

Talc.....	40 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	45 —
Permanganate de potasse.....	13 —
Salicylate de soude	2 —

On peut aussi avoir recours au procédé suivant, qui consiste à faire faire des badigeonnages des parties malades avec une solution d'acide chromique à 5 0/0; il faut, au préalable, prescrire un pédiluve et sécher les pieds du patient. Le plus souvent, un seul badigeonnage suffit; quelquefois on est obligé d'avoir recours à une seconde ou une troisième application.

Ce moyen, usité dans l'armée prussienne, a donné d'excellents résultats; 8 0/0 seulement des soldats ainsi traités n'ont pas été améliorés.

MATIÈRE MÉDICALE, THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

Influence de la forme sous laquelle sont administrés les médicaments sur leur action, (HERBERT HARRIO).—L'iode de potassium, à la dose de 6 grains, administrés avant les repas dans une demi-once d'eau, guérira une bronchite en quatre jours, tandis que les mêmes doses prises dans 2 onces d'eau, après les repas, n'apporteront aucun soulagement, même données pendant plusieurs semaines.

Le fer, administré dans une mixture effervescente, agira rapidement et favorablement sur l'anémie, tandis qu'il reste inefficace ou même produit de mauvais effets donné sous une autre forme.

La morphine qui, en solution aqueuse, diminue à peine la toux, l'atténuera rapidement si on la dissout dans une petite quantité d'excipient visqueux.

Six à huit drachmes de sulfate de magnésie avec autant d'eau chaude qu'il en faut pour le dissoudre, administrés le matin, et le malade s'abstenant pendant quelque temps de boire, ont une action favorable sur l'épanchement pleural. Au contraire, pris avec beaucoup d'eau, ils restent absolument inefficaces.

La noix vomique, la digitale, la belladone (et probablement beaucoup d'autres médicaments) sont beaucoup plus efficaces si on mélange les teintures avec un peu d'eau immédiatement avant leur administration que quand on les prépare sous forme de solutions dans lesquelles elles sont souvent des journées entières en contact avec des sels alcalins.—*Journal de Médecine de Paris.*

Cocaïne et diabète.—Le Dr Thomas OLIVER a employé la cocaïne dans plusieurs cas de diabète sucré et a consigné (*Lancet*, 12 oct. 1889) les résultats obtenus dans les conclusions suivantes : Disparition complète d'une constipation parfois très opiniâtre, cessation d'une incoordination de la marche assez semblable à celle des ataxiques. Disparition d'illusions mentales, de la fatigue musculaire ; augmentation des forces, ainsi que du poids du corps. Diminution marquée de la quantité d'urine excrétée, ainsi que de la quantité de sucre.

Menthol.—Le menthol est très recommandé, en applications locales, dans les cas de prurit et de dermatoses prurigineuses, à l'intérieur contre les vomissements de la grossesse, et, en inhalations, dans la phthisie laryngée.

Les lavements d'éther sulfurique dans l'occlusion intestinale.—Le docteur CLAUSI rapporte deux cas d'occlusion intestinale, l'un dans lequel il avait diagnostiqué un volvulus probable, l'autre dans lequel il s'agissait sûrement d'une obstruction par les matières fécales. Tous les moyens employés en pareil cas ayant échoué, et les malades se trouvant dans un état inquiétant (refroidissement, vomissements fécaloïdes, etc.), l'auteur eut l'idée d'employer l'éther. Il fit dissoudre $2\frac{1}{2}$ drachmes d'éther dans de l'alcool et le mélangea avec neuf onces d'eau de fenouil; au moyen d'une sonde en caoutchouc il fit pénétrer ce lavement aussi profondément que possible.—Très peu après, dans l'un et l'autre cas, le malade avait une selle abondante et tout rentrait dans l'ordre.

L'auteur pense, ou bien que l'éther va exciter directement les terminaisons nerveuses des nerfs moteurs de l'intestin, ou bien qu'en se volatilisant à 35° avec une certaine brusquerie il dilate fortement le tube digestif qui réagit en se contractant fortement, ce qui force l'obstacle au cours des matières.—*Lyon médical.*

Des moyens de faire tolérer le lait.—Un de ces moyens est de donner le lait caillé par la présure, soit sous forme naturelle d'une masse transparente et tremblotante, soit après avoir liquéfié cette masse par la chaleur. Le lait caillé par la présure ne forme pas dans l'estomac de ces coagula compacts difficilement attaquables par le suc digestif. Certains malades intolérants ont fort bien supporté le lait qui avait été violemment secoué immédiatement avant d'être bu.—(*Medical Record.*)

Papaine et cancer.—Mortimer GRANVILLE recommande, (*Lancet*) dans le traitement du cancer, la papaine et la thalline sous forme de pilules, à l'intérieur, et l'emploi local de ces deux médicaments sous forme de pâte.

Le myrthol, comme antiseptique et désinfectant.—Le myrthol se présente sous forme d'un liquide incolore, d'une odeur très agréable. Il forme une partie de l'essence de myrte et bout entre 160 et 170 degrés centigrames. La meilleure forme d'administration est présentée par les capsules gélatineuses à 3 grains de myrthol la capsule.

On l'emploie dans les névralgies et pour obtenir la disparition de la mauvaise odeur que répandent les malades atteints de bronchite putride ou de gangrène pulmonaire.

Il suffit de leur administrer, toutes les deux heures, deux ou trois capsules. Il ne faut pas cependant aller trop loin, puisque, à la longue et à haute dose, le myrthol produit de l'inappétence. L'effet est très rapide, et souvent on observe, après l'absorption de quelques capsules seulement, la disparition de la mauvaise odeur.

des crachats et de la respiration des malades. Bientôt diminue la quantité des crachats. L'auteur a souvent constaté des guérisons complètes. Cette substance n'agit pas sur les bacilles de la tuberculose.—RICHHORST, de Zurich. in *Paris médical*.

Iodoforme contre le coryza.—Un médecin polonais recommande, dans le rhume de cerveau, l'emploi de bourdonnets de ouate hydrophile saupoudrés d'iodoforme et introduits dans les narines préalablement vidées. Le malade doit respirer profondément et ne pas se moucher pendant un certain temps, pour ne pas chasser l'iodoforme.—*Nouveaux remèdes*.

De la codeine dans les maladies des femmes, par FREUND.—Lauder Brunton l'a déjà recommandée contre les douleurs siégeant dans l'intestin et la région inférieure de l'abdomen. Freund la prône plus spécialement contre les douleurs à point de départ ovarique : 2 grains par jour en trois pilules (avec extrait de gentiane et poudre de réglisse) ; rarement il est nécessaire d'en donner plus. Il n'y a pas d'action narcotique, l'appétit persiste, pas de constipation, pas d'accoutumance.—*Lyon médical*.

Phosphore et diabète.—Balmanno SQUIRE s'est bien trouvé, dans un cas, de l'emploi du phosphore contre le diabète sucré. Il y eut : diminution de la quantité et du poids spécifique de l'urine, de même que de la soif et de la faim, état général relevé, etc.—*British Medical Journal*.

Préparation de quinine sans amertume.—M. LUTZ a donné la formule suivante pour préparer une quinine sans amertume :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 50
Acide sulfurique dilué....	0 gr. 50
Essence de menthe.....	5 gouttes
Solution saturée de saccharine....	10 gr.
Eau distillée.....	90 gr.

—*Lyon médical*.

Alcool absolu dans l'érysipèle.—BEHREND recommande l'emploi de lavages à l'alcool absolu dans les cas d'érysipèle. L'alcool serait un poison actif pour les microcoques de cette maladie. On rapporte des guérisons.—*Nouveaux remèdes*.

La noix vomique ; son efficacité dans le traitement des maladies du cœur, par BOWIE.—L'auteur communique les résultats obtenus par lui dans le traitement de deux cas de maladies du cœur par des doses fractionnées de la teinture de noix vomique :
1o. Une dame, âgée de vingt-deux ans, atteinte, depuis trois ans, de rétrécissement mitral et de bronchite. La malade avait

les lèvres cyanosées, la respiration courte et rapide, le pouls faible. Traitement: teinture de noix vomique à doses fractionnées toutes les demi-heures. L'état de la malade s'est rapidement amélioré.

20. Un homme de quarante-neuf ans souffrait depuis des années d'une insuffisance mitrale. A la suite d'un refroidissement, il a pris une pneumonie lobaire gauche. Le cinquième jour de la maladie, le pouls était faible, irrégulier et très rapide, les extrémités froides, la face cyanosée. Sueurs abondantes. Le malade se plaignait des douleurs dans la région du cœur. Comme dans le premier cas, l'auteur a administré de la teinture de noix vomique. Vingt-quatre heures après, les phénomènes de faiblesse ont disparu.

L'auteur admet que, dans ces deux cas, la noix vomique agit sur les centres moteurs et les ganglions nerveux du cœur en excitant leur activité.—*The Satellite*.

Bromures et épilepsies.—LAUFENLAUER recommande le bromure double d'ammonium et de rubidium dans le traitement de l'épilepsie, à dose quotidienne de 180 grains. Ce bromure double agirait mieux que celui de potassium à dose égale.—*Therapeutic Gazette*.

Bromoforme dans la coqueluche.—Le bromoforme est un liquide clair, transparent, à odeur caractéristique, non désagréable. Il est facilement soluble dans l'alcool, très difficilement soluble dans l'eau: pour dissoudre cinq à huit gouttes de bromoforme dans 3 onces d'eau, il faut agiter longtemps et énergiquement. L'eau bromoformée se conserve indéfiniment dans des bouteilles bien bouchées. Le bromoforme pur a une saveur douce, non désagréable, et n'attaque pas les muqueuses (par exemple celle de la bouche), on n'a pas observé de phénomènes secondaires fâcheux à la suite de l'emploi de ce médicament. Pas d'action sur le pouls ni sur la température. La dose pour les enfants est de 5-10-15-20 gouttes par jour dissoutes dans 3 à 4 onces de liquide (1-2 cuillerées par heure). Le bromoforme étant si difficilement soluble dans l'eau, il faut ajouter 20 gouttes d'alcool pour toutes les deux à trois gouttes de bromoforme. Les adultes recevaient ordinairement deux à trois fois par jour 10 grains en capsules. La solution employée était la suivante:

Bromoforme.....	x gouttes.
Alcool.....	1-2 drachmes.
Eau distillée.....	3 onces

On peut y ajouter

Sirop simple..... 3 drachmes.

Cette solution sent fortement le bromoforme, sa saveur est agréable: les enfants la prennent avec plaisir.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

Une nouvelle préparation mercurielle.—Le professeur Stoukownikoff (de Kiew) a dernièrement utilisé avec succès un nouveau sel mercuriel, l'oxybenzoate de mercure, qui présente cet avantage d'être facilement soluble dans une solution faible de chlorure de sodium.

Voici la formule qu'il emploie, pour les injections hypodermiques:

Oxybenzoate de mercure	0 gr. 30 centigr.
Eau distillée.....	40 grammes.
Chlorure de sodium.	0 gr. 01 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 15 centigr.

Pour le pansement des ulcères syphilitiques, il a recours à la préparation suivante :

Oxybenzoate de mercure, de	0 gr. 10 à 0 gr. 30 cent.
Chlorure de sodium.....	0 gr. 01 centigr.
Eau distillée.....	40 grammes.

Enfin, il a obtenu des succès, dans le traitement de la blennorrhagie, au moyen de l'injection suivante :

Oxybenzoate de mercure... ..	0 gr. 30 centigr.
Chlorure de sodium.....	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée.....	100 grammes.

FÓRMULAIRE.

Hémorrhoides.—Kossobudski.

P.—Chrysarobine	8 parties
Iodoforme.....	3 “
Extrait de belladone	6 “
Vaseline.....	150 “

M.—Pour faire un onguent que l'on fait appliquer deux ou trois fois par jour.—*Medical Press.*

Oxyures.

1o. P.

Huile de foie de morue	10 drachmes
Jaune d'œuf.....	1
Eau.....	pour 4 onces

Mélez et injectez.

20. P.
 Calomel..... 4 grains.
 Tisane de graine de lin..... 4 onces

Mélez. Injectez matin et soir.

30. P.
 Eau de chaux..... 4 onces
 Perchlorure de fer..... 10 gouttes

Injectez matin et soir.

40. P.
 Faible decoction de quassia en injections.

50. P.
 Teinture de rhubarbe 30 minimes
 Carbonate de magnésie..... 3 grains
 Teinture de gingembre..... 1 goutte
 Eau..... 1½ drachme

M.—En une dose pour un enfant. A répéter trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.—*St. Louis Medical and Surgical Journal*.

Poux.

- P.—Borax..... 5 parties
 Glycérine 5 “
 Decoction de quassia..... 100 “

— *Western Druggist*.

Endométrite.—Terrier.

- P.—Iodoforme, résorcine ou salol..... 2½ drachmes.
 Gomme adragante..... 8 grains
 Glycérine
 Eau distillée..... q. s.

M.—Faire dix suppositoires intra-utérins.

- P.—Sublimé corrosif..... 8 grains
 Poudre de craie..... 6½ drachmes.
 Gomme adragante..... 24 grains
 Glycérine.....
 Eau q. s.

M.—Faire 50 suppositoires intra-utérins.—*Revue de thérapeutique*.

Oreillons.—J. H. Love.

- P.—Iodoforme..... 1 drachme
 Morphine..... 5 grains.
 Onguent de belladone..... 1 once
 Lanoline..... 1 “

M.—En applications toutes les trois heures, recouvrir de soie huilée, de coton absorbant et d'un bandage bien appliqué.—*Weekly Medical Review*.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: Dr M. T. BRENNAN.

MONTRÉAL, MARS 1890.

BULLETIN.

Traitement local de la diphthérie chez les enfants.

Tous les praticiens connaissent l'extrême difficulté que l'on éprouve parfois dans le traitement local de la diphthérie chez les enfants. Ceux-ci, s'ils sont d'âge à résister, le font ordinairement de toutes leurs forces, et, en dépit de ce que l'on peut faire pour les contenir, rendent parfois impossible l'emploi des cautérisations, badigeonnages, irrigations, vaporisations, etc., et cela, d'autant plus volontiers que ces applications sont plus douloureuses. Dans le cas d'applications non douloureuses, il peut arriver que la substance employée étant de nature toxique, comme par exemple le sublimé et l'acide phénique, il y ait de graves inconvénients à l'appliquer sous forme liquide : badigeonnages, irrigations ou vaporisations.

Ces raisons et d'autres encore sans doute, ont déterminé le Dr Burghardt (1) à se servir de poudres antiseptiques, non toxiques toutefois, qu'il applique en insufflations, celles-ci étant moins de nature à effrayer les petits malades. Il emploie le soufre lavé combiné à parties égales de sulfate de quinine, insufflant de 1½ à 3 grains du mélange (finement pulvérisé, non sans avoir, au préalable, enlevé les mucosités qui encombrant l'arrière-gorge. La plus grande partie de cette poudre ayant ainsi été appliquée sur la partie malade, ce qui en reste est insufflé, comme moyen prophylactique, sur les parties adjacentes : fosses nasales postérieures, sinus du larynx et narines antérieures. On répète l'opération deux fois par jour, non seulement durant la maladie même, mais aussi pendant les quelques jours qui suivent la disparition des fausses membranes. La poudre étant inodore, les petits malades s'y objectent moins qu'à tout autre mode de médication. Aucune

(1) *Wiener Medicin. Wochenschrift* et *N. Y. Medical Record*.

nourriture solide ou liquide ne doit être prise durant l'heure et demie qui suit l'application.

Depuis 1882, Burghardt a traité avec succès, de cette manière, 33 cas de diphthérie chez des patients dont l'âge variait de 1 à 24 ans. Plus d'une fois les fausses membranes couvraient toute la surface de la bouche, s'étendant même aux lèvres et aux narines. En même temps il institue le traitement général ordinaire.

Les insufflations sont continuées jusqu'à disparition complète de tout engorgement ganglionnaire. Dans la plupart des cas, la température s'abaisse et la débilité disparaît graduellement aussitôt que les insufflations furent commencées. La fausse membrane se désagrègeait et s'enlevait par petits morceaux, se renouvelant une ou deux fois tout au plus. Après chaque insufflation les malades se sentaient toujours plus reposés, plus calmes, plus en appétit, et pouvant avaler plus facilement.

De même que l'auteur, nous pensons que cette méthode, sans être absolument efficace dans tous les cas, vaut bien la peine qu'on l'expérimente avec attention. Les deux médicaments agissent évidemment en vertu de leurs propriétés antiseptiques et germicides, la quinine exerçant possiblement, en même temps, une action tonique sur l'économie en général. La méthode n'est pas nouvelle non plus, du moins en ce qui concerne les applications de fleur de soufre, lesquelles ont déjà été vantées contre les accidents diphthéritiques. La combinaison du soufre au sulfate de quinine est, dans tous les cas, rationnelle, et si quelques-uns de nos lecteurs ont expérimenté la méthode en question, nous serons heureux de publier les résultats obtenus.

L'exercice de la médecine par les pharmaciens.

Les observations que nous avons cru devoir faire dans notre dernière livraison, au sujet de ce qu'il est convenu d'appeler le *counter prescribing*, nous ont valu des lettres d'approbation d'un grand nombre de médecins et de plusieurs pharmaciens, tous déplorant les abus signalés et tous également anxieux d'y apporter remède.

Un correspondant du *Maryland Medical Journal* suggère, à ce propos, le moyen suivant : " que chaque médecin se fasse un devoir de dénoncer à la société médicale dont il fait partie tout pharmacien qui se serait rendu coupable de *counter prescribing*, et que les membres de la société s'engagent à faire tout en leur pouvoir pour empêcher les clients de faire exécuter leurs ordonnances par tel pharmacien. Il y a, je suis heureux de le dire, un grand nombre de

pharmaciens qui ne prescrivent jamais, et ce sont ceux-là que nous devons encourager.”

Le moyen suggéré par le correspondant du *Maryland Medical Journal* est peut-être excellent, et pour en juger, il faudrait le voir mis en œuvre ; mais nous croyons que, s'il a du bon, il expose aussi à des représailles qui, de part et d'autre, peuvent s'éterniser sans remédier au mal. Un autre moyen aussi bon serait d'intenter des poursuites judiciaires contre tout pharmacien usurpant ainsi le rôle du médecin, mais nous croyons que ces procédés légaux devraient être pris, non par les médecins, mais par le corps pharmaceutique lui-même. Une plainte régulièrement formulée, avec preuves à l'appui, serait mise devant le conseil de l'Association pharmaceutique, laquelle, à son tour, se chargerait, soit de faire une enquête, soit d'intenter immédiatement une poursuite devant les tribunaux contre le délinquant. Puisqu'il s'agit, en ce cas, de l'honneur du corps pharmaceutique, il n'est que juste que le soin de revendiquer cet honneur soit laissé à l'Association. Il est possible qu'une législation dans ce sens fasse cesser, du moins en grande partie, les abus que nous avons signalés.

Nous lisons dans *The Times and Register* (8 février 1890) :

“ Répondant à l'invitation du Révd. M. McConnell, recteur de l'église St Etienne, le Dr D. Hayes Agnew a adressé la parole, dans l'église, à un millier d'étudiants en médecine, prenant pour sujet de son discours : “ Le Christianisme.” Comme les élèves en médecine n'assistent généralement pas avec grande régularité aux offices religieux, le Révd. M. McConnell a résolu, dernièrement, de faire quelques efforts dans le but de ramener leur attention vers les choses de la religion et a organisé, à leur profit, une série de trois conférences. Le Dr Agnew a vivement exhorté ses auditeurs à s'efforcer de vivre en chrétiens et a été écouté avec beaucoup d'attention. Le dimanche suivant, le Dr Parvin prendra la parole, et le dimanche, 9 février, ce sera le tour du Dr John Ashurst.

Voilà vraiment de quoi édifier. Désormais, l'étudiant américain pourra poser comme modèle du genre scientifico-religieux, et se montrer, à la fois, également habile à faire un diagnostic et à élucider un cas de conscience. Tout en louant le zèle excessif qui pousse ainsi quelques-uns des plus illustres praticiens des Etats-Unis à cumuler les fonctions de professeur et celui d'orateur sacré, tout en leur souhaitant un succès complet, nous ne pouvons que déplorer le peu de popularité dont semblent jouir les pasteurs des âmes dans la ville des Quakers. Ou l'étudiant américain est singulièrement endurci, ou les ministres de l'Evangile y sont peu entraînants, puisqu'il leur faut recourir aux professeurs des universités pour amollir les consciences et ramener les brebis au bercail.

Il est heureux, après tout, que l'Université de Pensylvanie possède des professeurs aussi bien doués théologiquement qu'ils le sont scientifiquement, et nous attendons avec anxiété le moment où le “ *Jefferson* ” et le “ *Medico-Chirurgical* ” seront appelés à leur

tour à fournir leur contingent dans ces joutes oratoires d'un nouveau genre.

~

La *Commission d'Hyderabad* chargée d'ouvrir, aux Indes, une enquête sur le mode d'action du chloroforme à dose toxique, vient d'en arriver à la conclusion que généralement, dans la mort par le chloroforme c'est la respiration qui s'arrête la première, le cœur continuant à battre encore un peu de temps après que le patient a cessé de respirer. Là-dessus toute la presse médicale anglaise et américaine de s'étonner et de crier: ah!

Nous ne voyons pas qu'il y ait là raison à tant de stupéfaction et d'étonnement. Pour l'école française, il est établi depuis longtemps déjà que le chloroforme atteint avant tout les fonctions respiratoires par l'intermédiaire de la moëlle allongée, et que la syncope dite respiratoire est de beaucoup plus fréquente que la syncope circulatoire ou cardiaque, laquelle peut quelquefois cependant survenir d'emblée, le traitement devant nécessairement varier dans l'un et l'autre cas. Ces vues ne sont donc pas nouvelles, et, pour notre part, nous les avons enseignées depuis plus de dix années.

Il est bon, nonobstant, que cette vérité physiologique soit remise une fois de plus sous les yeux des médecins, attendu qu'il en découle d'importantes conclusions pratiques. Le fait étant admis que les fonctions respiratoires sont surtout menacées durant le sommeil anesthésique, le chloroformisateur surveillera principalement la respiration et verra à ce que rien ne gêne l'ampleur des mouvements de la poitrine et le jeu du diaphragme, tout en ne négligeant pas de consulter le pouls de temps à autre, chose qu'il peut faire très bien, si le bras n'est pas facilement accessible, en posant le doigt sur l'artère temporale. Quant au traitement de la syncope respiratoire, il consiste principalement dans l'inversion du malade d'après la méthode de Nélaton, l'application du courant électrique sur le trajet du phrénique et du pneumo-gastrique, et la respiration artificielle.

~

La petite ville de Nordhausen, en Saxe, donne en ce moment un exemple digne d'être imité. Un édit municipal vient d'y être publié, enjoignant, sous peine d'amende, à tout barbier, de désinfecter avec soin ses instruments chaque fois qu'il s'en est servi. Si une précaution aussi minutieuse et aussi sensée était prise par tous les Figaros de nos villes, ce ne serait pas un mal et le danger de propagation de la syphilis par ce moyen serait moins à craindre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Revue Internationale de Bibliographie Médicale, Pharmaceutique et Vétérinaire, dirigée par le docteur Jules ROUVIER, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté française de médecine de Beyrouth.

A partir du 1er avril 1890 paraîtra la *Revue internationale de bibliographie médicale et vétérinaire*. Cette Revue trimestrielle sera publiée en fascicules in-8 de 150 à 200 pages environ.

Rédigée avec la plus entière indépendance, elle donnera une liste aussi complète que possible des travaux scientifiques publiés en France et à l'étranger durant le semestre précédent. Ces travaux, articles de journaux, observations cliniques, monographies, thèses, traités classiques, etc., seront méthodiquement répartis dans les diverses sections composant les sciences médicales.

Chaque travail sera accompagné des indications bibliographiques les plus complètes et les plus exactes.

La *Revue internationale de bibliographie* est destinée à combler une lacune existant dans la littérature médicale. C'est un *Index medicus* très précieux pour toutes les bibliothèques, surtout utile aux professeurs et aux praticiens désireux de se tenir au courant des travaux les plus récents. Elle sera indispensable pour la rédaction des monographies en évitant la perte de temps nécessitée par les recherches bibliographiques.

Par ses échanges avec la plupart des publications périodiques et scientifiques du monde savant, la *Revue internationale de bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire* est assurée de rester à la hauteur de la tâche qu'elle a entreprise. Elle annoncera toujours à part avec renseignements complémentaires, les journaux, revues, monographies et ouvrages dont il lui sera envoyé deux exemplaires.

Par son prix d'abonnement modique, 10 francs par an, elle est à la portée de toutes les bourses.

Dès aujourd'hui, on reçoit les abonnements (sans frais, par la poste) et les publications ou ouvrages scientifiques.

Bureaux de *La Revue internationale de bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire*. : Paris, Librairie médicale, Vvo Jacques Lechevalier, 23 Rue Racine. Beyrouth, (Syrie) chez le Dr Jules Rouvier, professeur à la Faculté française de médecine.

CHAMPIONNIÈRE ET DANIOU—Sur le traitement électrique des fibromes utérins, par les Drs L. Championnière et Daniou.

CANFIELD.—Some complications of Chronic Endarteritis, by WM B. CANFIELD, Baltimore, U. S.

— Report of the section on Practice of Medicine, by W. B. CANFIELD, Baltimore, U. S.

Transactions of the Medical Society of the State of North Carolina.—36th annual session.—Wilmington, N.C., 1890.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. SAVORY, l'éminent chirurgien de *St. Bartholomew's*, vient d'être élevé à la dignité de Baronet par Sa Majesté la Reine Victoria.

Quelques employés de la Banque d'Angleterre ont été empoisonnés, récemment, par des émanations de vert de Schweinfurt provenant de billets de banque colorés en vert.

—Un projet de loi vient d'être présenté à la législature de l'Utah, pourvoyant à la création d'un bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique de la médecine. C'est à souhaiter de pratiquer la médecine au pays des Mormons.

En 1888, il y avait, en Allemagne, 16,864 médecins, 514 dentistes, 4,671 pharmacies et 2,737 hôpitaux; la population totale de l'Empire étant alors de 46,840,587 habitants. Voilà décidément un pays où les dentistes doivent faire fortune.

Notre confrère du *Medical Record* nous apprend que l'on est à organiser à Londres un service médical de nuit. En même temps, il nous révèle le fait, peu encourageant pour les Londoniens, que le service de nuit établi à New-York, il y a quelques années, est passé à l'état de souvenir.

Nécrologie.—ETRANGER.—A Paris, M. le Dr. BLACHEZ, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. —A Lyon, M. le Dr. D. CAUVET, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

Le professeur Westphal.—Un des médecins les plus connus de Berlin, M. le professeur Westphal, vient d'être interné dans une maison de santé. Il est devenu fou à la suite de trop nombreuses piqûres de morphine. Ce qui rend la nouvelle particulièrement étonnante, c'est que Westphal occupait la chaire des maladies nerveuses et avait pendant longtemps étudié la morphinomanie.—*France médicale.*

VARIÉTÉS

La vérité sur le tabac.—En somme, il en est du tabac comme de toutes choses. Il ne faut abuser de rien—quel dommage !—et tout excès est nuisible. Si fumer était aussi dangereux qu'on le dit, la race humaine serait en pleine décroissance et sur le point de disparaître. Et cependant les gens les plus prolifiques du monde, les Allemands, fument comme des cheminées mal ramonnées. Et les Suisses ! Et les Belges ! Et les Espagnols avec leur éternelle cigarette qu'ils roulent si dextrement ! Certes, il est des personnes que la fumée incommode, qui n'ont jamais pu se faire à l'odeur de la pipe ou du cigare. Mais il est des personnes aussi qui ne peuvent manger du melon. Il en est d'autres que la moindre traversée en mer rend malades. A d'autres encore, il n'est pas possible d'aller à reculons en chemin de fer et en voiture. Tout cela dépend du goût, du tempéramment de chacun.

Puis, vraiment, si l'on admet que le tabac est dangereux, faut-il prendre tant de souci de sa peau, et se priver d'une distraction, d'un plaisir qui est presque devenu un besoin ? Mourir un peu plus tôt ou un peu plus tard, la belle affaire !

Tout le monde fume, à présent, ou presque. C'est la consolation du pauvre, sa seule joie, de voir de légers tourbillons bleuâtres se dérouler en anneaux, et monter, vers le plafond l'hiver, ou l'été vers le ciel, aux moments de douces flâneries ; c'est l'amulette du désœuvré, le charme du rêveur ; et on voudrait leur étirer cela aux uns et aux autres :

“ Je suis la pipe du poète,
 “ Sa nourrice, et j'endors sa bête.

 “ Dors encore ; la bête est calmée,
 “ File ton rêve jusqu'au bout. . . .
 “ Mon pauvre ! la fumée est tout,
 “ S'il est vrai que tout est fumée !

Ces vers mélancoliques de Tristan Corbière résument le débat. Le sentiment qu'ils expriment prévaudra toujours, si ridicule en soi que puisse être l'action de fumer, sur les doctes raisons des membres de la Société contre l'abus du tabac, parmi lesquels, peut être, beaucoup se livrent aux douceurs qu'ils prétendent interdire.—SUTTER-LAUMANN.

La chaux et l'inspiration chez les végétaux et les animaux.—C'est avec le plus vif intérêt que j'ai lu les deux communications suivantes, sur lesquelles je crois devoir appeler l'attention de mes confrères.

A la suite de plusieurs voyages en Algérie et d'analyses multiples des terrains de cette colonie, M. Ladureau conclut que les faibles rendements en céréales et l'état misérable des races animales sont dus à l'absence de phosphate de chaux dans le sol.

Le professeur Pouchet a présenté à la Société de biologie un travail de M. Chabry, montrant que dans l'eau de mer naturelle ou artificielle, privée d'éléments calcaires, les œufs des oursins ne suivent pas leur développement naturel et produisent des monstres.

De nouveaux faits viennent confirmer et compléter chaque jour les résultats des recherches faites par Dusart, dans ses études physiologiques sur le phosphate de chaux, exposées dans son volume : "De l'Inanition Minérale."

Dusart, en parcourant toute la série animale, affirme qu'une espèce est d'autant plus active, résistante et vigoureuse et possède une chaleur propre d'autant plus grande, qu'elle contient dans tous ses tissus, aussi bien que dans sa charpente osseuse, une proportion plus considérable de phosphate de chaux.

Puisque le phosphate de chaux est le plus puissant *excitant de nutrition* des animaux, aussi bien que des végétaux, les médecins, inspirés par l'exemple donné par les cultivateurs, ont adopté la thérapeutique préconisée par Dusart et depuis si rapidement généralisée; avant cet expérimentateur, on comptait facilement les quelques rares tentatives d'introduction du phosphate de chaux dans la médecine humaine. Il est certain que le phosphate de chaux solubilisé dans l'acide lactique, et connu aujourd'hui sous le nom de *lactophosphate* de chaux, donne des résultats remarquables toutes les fois qu'on le donne à l'enfant soit avant sa naissance, par l'intermédiaire de la mère, soit plus tard à chacune des étapes dangereuses de son développement, dentition, adolescence, etc. Les effets en sont si nets et si constants, qu'on peut, dans une famille, distinguer à leur turbulence, à leur vigueur, à leur vitalité les enfants soumis à l'influence du lactophosphate de ceux qui en sont privés.

L'intervention du lactophosphate de chaux dans les convalescences permet aussi de relever promptement l'appétit et les forces, et de franchir avec sécurité cette période qui n'est pas exempte de dangers.

Je citerai, en terminant, deux autres applications de cette influence du phosphate de chaux sur la nutrition. Je veux parler des cachexies et de la phthisie, où il vient compléter l'alimentation et joindre ses effets à ceux de la vie au soleil et au grand air, qui rend aujourd'hui tant de malades à la santé et confirme ainsi la médication établie scientifiquement par les recherches de Dusart.—Dr. D. DELATTRE.