

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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

- Coloured 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.

5031
445-

LA

GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

**Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des
Sciences Accessoires.**

DIRECTEURS: MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,
Professeur d'Ophthalmologie.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION:

LE DR L. E. FORTIER

1208, Rue Mignonne, 1208.

MONTRÉAL,
ADMINISTRATION DE LA "GAZETTE MÉDICALE.

35, RUE ST-JACQUES. BUREAU DE POSTE, BOÎTE 985.

1891

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL,

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

VOL. V. MONTREAL, JANVIER 1891. No 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

A TRAVERS LES HOPITAUX DE PARIS. (1)

Par M. le Dr J. LESPÉRANCE, Montréal.

Hôpital BROUSSAIS.—Service de M. RECLUS.

Messieurs,

Au moment où ma campagne commence à porter ses fruits, il est bon de bien spécifier les faits qui l'ont motivée.

On a prétendu, vous le savez, que la cocaïne devrait être laissée de côté, parcequ'elle est inefficace et dangereuse. Eh bien ! mon devoir est de vous démontrer que l'anesthésie obtenue par cet agent est innocente et efficace, à la condition qu'il soit bien employé. Tout d'abord, je dois vous dire, que si dans un grand nombre de cas, la cocaïne a donné des résultats insuffisants, c'est qu'elle a été mal employée. Récemment, je causais avec un de mes collègues, chirurgien des hôpitaux,

(1) On ne lira pas, sans beaucoup d'intérêt, je crois, cette clinique, dans laquelle M. Reclus s'efforce de réhabiliter la cocaïne et de la remettre au rang d'où on l'a fait déchoir. En France, M. Reclus, s'est fait le défenseur généreux de la cocaïne. Lorsque tous les chirurgiens, après l'enthousiasme des premiers succès, se laissaient décourager par les premiers échecs, M. Reclus seul, comprenant qu'on avait méconnu la cocaïne, ne l'abandonna pas et continua à l'employer d'une façon systématique. Il a traité le sujet à plusieurs reprises, mais il le juge assez important, pour y revenir aujourd'hui, et fort des données d'une longue pratique toujours heureuse, il nous démontre que l'on aurait bien tort de se priver des services d'un agent aussi précieux.

Dr J. L.

qui me disait avoir constamment échoué, n'avoir jamais pu abolir la douleur chez ses malades avec la cocaïne, et lorsque je lui demandais la technique qu'il avait adoptée, il me répondit avoir employé la méthode que j'avais indiquée, il me répondit qu'il s'était contenté d'enfoncer la seringue et de faire sur place une injection. Or vous verrez, que telle n'est pas ma méthode.

J'insiste peu sur les divers emplois de la cocaïne. On l'a employée sur les surfaces muqueuses ; elle agit alors par simple contact. Je n'ai rien imaginé dans cet ordre d'idée, je n'y insiste pas. Vous savez qu'il suffit de mettre un tampon imbibé de la solution en contact avec le point à anesthésier, et de maintenir le contact plus ou moins longtemps. Dans la cavité buccale, on s'en est servi, pour pratiquer sans douleur, des cautérisations, pour extirper les amygdales, etc.; appliquée sur la muqueuse nasale, elle a donné de bons résultats, lorsqu'il s'est agi de faire l'excision de petites tumeurs, etc., etc. Je vous dirai que pour ma part, j'ai eu recours, d'une manière toute personnelle, à ce simple contact, lorsque j'ai voulu pratiquer l'uréthrotomie interne et toujours sans provoquer la moindre douleur. Voici le manuel opératoire que j'emploie : Il faut commencer par introduire le conducteur de Maisonneuve, puis on y engage une très longue aiguille de seringue de Pravaz le plus profondément possible, et on y pousse une injection à 2 p. c., une partie du liquide coule vers la profondeur et arrive à la vessie, l'autre partie remonte entre le conducteur et la muqueuse et vient anesthésier le rétrécissement. Après 5 ou 6 minutes d'attente, vous introduisez la lame dans le conducteur et vous faites l'incision sans éveiller aucune souffrance.

Vous savez encore que la cocaïne agit par simple contact non seulement sur la muqueuse, mais aussi sur les séreuses ; vous connaissez la possibilité de faire sans douleur des injections iodées dans la tunique vaginale dans les cas d'hydrocèle que l'on vient de ponctionner ; il suffit d'injecter dans cette vaginale une seringue d'une solution à 5 p. c. Je vous dirai que j'ai étendu l'emploi de la cocaïne appliquée aux séreuses, et que je m'en sers pour rendre insensible une articulation, frappé d'hydarthrose et que je veux traiter (1). Mais, je vous le répète, je laisse de côté ces applications par simple contact, parce qu'e les n'ont rien de particulier à ma pratique en dehors de ma manière de traiter l'hydarthrose, et je veux vous parler des injections dans les tumeurs.

Autrefois, on faisait les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané. Or, en pareil cas, on n'obtenait qu'un léger degré d'anesthésie. Ma

(1) Voir Gazette Médicale de Montréal, octobre 1890, où j'ai décrit ce procédé.

méthode particulière est de faire l'injection dans l'épaisseur même de la peau. Je suppose que vous voulez enlever une tumeur de la peau, voici comment il faudrait s'y prendre : il faut considérer de l'œil la longueur de l'incision à faire et à une des extrémités de cette future incision, vous enfoncez dans la peau l'aiguille de Pravaz, mais de manière à ne pas dépasser en profondeur le derme ; une fois cette piqûre faite, toute douleur est finie, le malade ne sentira plus. En effet, vous n'avez qu'à pousser lentement l'aiguille et au fur et à mesure qu'elle chemine dans le derme, vous poussez le piston de façon à ce que le liquide s'échappe sans cesse audevant de l'aiguille. Vous poussez donc à la fois et l'aiguille et le piston. Mais si l'aiguille est arrivée à son extrémité, avant que l'on ait atteint le point le plus éloigné de notre future incision, il faut la retirer et l'enfonçant à nouveau au point où elle s'est arrêtée, continuer toujours le trajet que l'on a déterminé de l'œil. C'est-à-dire que si nous devons faire une incision de 5 centimètres, il faudra anesthésier cinq centimètres ; on reconnaît que l'on est resté dans l'intérieur de la peau, à ce que l'aiguille chemine difficilement dans la traînée du derme, tandis que si l'on est dans le tissu cellulaire, au contraire, on éprouve peu de résistance. De plus, si l'on est toujours demeuré dans le derme, on voit se dessiner, à mesure que le liquide s'échappe de la seringue, un bourrelet blanchâtre, dont le relief est dû à la présence de la cocaïne qui distend le tissu et dont la blancheur est due à la constriction des vaisseaux qui deviennent exsangues. Cette traînée blanche nous indique que l'anesthésie est immédiate, complète, nous n'avons pas besoin d'attendre les 4, 5 minutes dont on parlait autrefois ; si au contraire, le tissu reste rouge, alors il faudrait attendre les 4, 5 minutes. Un moyen que j'emploie fréquemment pour juger du degré d'anesthésie, est de plonger la pointe du bistouri dans le tissu et si le malade sent je m'arrête. Mais, je suppose que vous ayez à opérer profondément en même temps, vous avez pratiqué l'anesthésie de la peau, avez-vous aussi par là même pratiqué l'anesthésie des couches profondes ? Oui, dans l'immense majorité des cas ; cependant, si l'on n'était pas sûr d'avoir obtenu une anesthésie suffisante, on pourrait encore faire une piqûre dans la couche profonde.

Lorsque vous aurez fait l'anesthésie de cette manière, à coup sûr, elle sera efficace.

On a prétendu, M. Panas en France, d'autres en Allemagne, que la cocaïne n'agissait pas dans les tissus enflammés. J'ai démontré la fausseté de ces assertions. Lorsque vous voudrez faire des injections pour pratiquer l'ouverture de phlegmons, de panaris, soyez assurés que vous obtiendrez toujours l'anesthésie ; vous l'obtiendrez peut être difficilement, mais vous aurez toujours un résultat satisfaisant. De plus,

n'a-t-on pas insinué que l'anesthésie ne s'obtenait pas dans le tissu osseux. Je me rappelle avoir partagé cette opinion. Pendant longtemps, j'eus beau injecter de la cocaïne dans le tissu osseux, je ne parvenais pas à abolir la douleur. Mais depuis, je suis revenu de cette opinion, et toutes les fois que j'ai pris soin d'injecter une solution dans l'épaisseur même du périoste, j'ai toujours pu opérer sans provoquer de douleur. Evidemment, je crois que s'il s'agissait d'insensibiliser l'extrémité supérieure du tibia ou la partie inférieure du fémur, nous nous exposerions à un échec, car là le champ devient trop considérable ; mais nous réussirons toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'un os pouvant être attaqué par un point limité.

On avait pu pendant quelque temps, croire que la cocaïne était inefficace, lorsqu'on employait le thermo-cautère. C'était encore une erreur. On peut opérer au thermo cautère, absolument sans douleur, à la condition de passer dans les tissus rapidement ; il est probable que le rayonnement de la chaleur fait disparaître l'effet anesthésique. Je me rappelle un nonagénaire, que j'ai opéré lorsque je faisais le service de l'Hôtel-Dieu. Je lui avais enlevé la langue pour un cancer, je l'avais opéré au thermo cautère et anesthésié à la cocaïne, et il n'en avait pas éprouvé la plus légère douleur.

On avait dit encore et j'étais parmi ceux qui le prétendait qu'il était difficile d'obtenir l'anesthésie dans la région ano rectale. Mais vous savez aujourd'hui que nous pouvons l'obtenir très bien, et qu'on peut faire sans douleur la dilatation des sphincters (1)

Vous concevez que, si par cette méthode, nous parvenons à obtenir une anesthésie aussi satisfaisante que celle qu'amène le chloroforme, c'est une grande amélioration. On voit, par la thèse de Duriez, que le chloroforme administré pour opérer sur la région ano-rectale, est beaucoup plus dangereux, que lorsqu'il s'agit d'autres opérations, de la réduction de fractures ou de dislocations par exemple.

Il est donc entendu que les reproches que l'on a adressés à la cocaïne, ne sont pas fondés. Si elle paraissait inefficace, c'est qu'on faisait les injections dans le tissu sous-cutané et non dans l'intérieur du derme même. Si l'on a le soin de faire suivre au bistouri la ligne que l'aiguille a suivie, on est sûr d'avoir l'anesthésie. De plus, par ce qui précède, je vous ai démontré qu'elle était efficace si l'on faisait l'injection dans l'intérieur du périoste, que l'emploi du thermo-cautère ne détruit pas son effet si l'on opère rapidement, et que certaines régions prétendues rebelles à la cocaïne pouvaient être insensibilisées aussi bien que d'autres.

(1) Voir le Manuel Opératoire dans la *Gazette Médicale* du mois d'octobre 1890.

La cocaïne est-elle dangereuse? Il ne se passe pas de semaines où on ne voit les journaux scientifiques s'efforcer de démontrer ce danger. Monsieur Dumont, de Genève, a dit que l'on pouvait trouver 126 cas de mort par la cocaïne. S'il avait raison, pas un chirurgien ne voudrait y toucher. Mais des recherches entreprises par un de mes internes ont démontré que les cas de morts n'étaient que de 4, et dans ces cas les doses avaient été de 75 centigrammes, 1 gramme, 1 gramme 25 centigrammes. Il est certain qu'il n'y a pas un alcaloïde qui ne puisse provoquer la mort, employé à des doses semblables. Si nous disions : nous n'emploierons jamais la cocaïne parce qu'elle peut déterminer la mort, il vaudrait autant dire, nous n'emploierons pas la morphine, etc, parce qu'ils peuvent causer des accidents mortels. Le propre de la chirurgie est de dire, nous serons moralement sûrs que lorsque nous ne dépasserons pas certaines quantités, nous n'aurons jamais d'accidents.

Quelle est la dose de cocaïne que l'on peut employer, sans provoquer d'accidents? Voilà en quels termes se trouve posée la question. J'ai commencé à l'employer à des doses que je qualifierai d'imprudentes, non pas que j'ai eu des accidents, mais parce que je suis effrayé rétrospectivement. Lorsque je pratiquais une cure radicale des hernies, j'employais toujours une solution à 5 p. c., vous me voyez maintenant toujours employer des solutions à 2 p. c.

L'expérience m'a conduit à ce titre.

Lorsque j'employais des solutions à 5 p. c. il m'est arrivé assez fréquemment de provoquer des tendances à la syncope, des anhélation, des modifications de la pupille et des phénomènes d'anxiété particulière, parfois même de légers délires caractérisés par une grande loquacité. Eh bien ! depuis que j'ai abaissé le titre de ma solution à 2 p.c. je n'eus jamais l'occasion d'observer les mêmes phénomènes, et cependant il m'arrive souvent d'injecter la même quantité de cocaïne. Je m'explique. Je suppose que j'injecte deux seringues de Pravaz d'une solution à 5 p. c., par conséquent j'injecte 10 centigrammes ; d'un autre côté, j'injecte 5 seringues de Pravaz d'une solution à 2 p. c., dans les deux cas, c'est bien la même quantité. Or dans le second, jamais je n'eus de phénomènes d'intoxication.

Il résulte qu'il faut croire que le titre est d'une importance capitale. Ne savons-nous pas que deux ou trois petits verres d'eau de vie, absorbés rapidement, coup sur coup déterminent des phénomènes d'intoxication, tandis que la même quantité diluée, en grog, n'en provoque pas. Un jour, lorsque j'étais à l'Hôtel-Dieu, que j'avais fait une clinique sur ces faits et j'y avais insisté, M. Verneuil me raconta avoir eu accident très grave en clientèle privée. Il avait une thoracentèse à pratiquer et

un confrère s'était chargé d'acheter la cocaïne. Avant de partir, il me demanda le degré de force des solutions dont je me servais. Je lui répondis que je les employais à 2 p. c. et que je ne dépassais jamais 10 centigrammes. Or le médecin qui accompagnait M. Verneuil n'avait retenu que le chiffre de 10 centigrammes et avait à la suite fait préparer une solution à 10 p. c. Vous allez tous les jours me voir injecter la même quantité, mais plus diluée sans causer aucun accident.

Malgré cependant que la cocaïne soit très diluée, il n'en est pas moins vrai que des accidents peuvent survenir. On voit dans les annales des dentistes, que des symptômes inquiétants, nombreux, ont été provoqués par des doses de 2, 3 centigrammes, doses que je déclare ultra-maniabiles.

Ici j'ouvre une parenthèse. Je pratique une injection de 5 seringues de Pravaz d'une solution de 2 p. c., par conséquent d'une quantité de dix centigrammes, mais la quantité absorbée sera moindre, car immédiatement je pratique l'incision au bistouri, j'ouvre la trainée du derme et du tissu cellulaire. La plus grande partie de la cocaïne est donc entraînée de suite en dehors des voies d'absorption et ne rentre pas dans la circulation. J'insiste sur la nécessité de faire rapidement l'incision, aussitôt que la trainée blanche apparaît. Je dois à cette pratique mon bonheur constant. En général, je ne fais pas d'injections perdues ; quand il m'arrive d'en faire, je ne dépasse pas la dose de 4 à 6 centigrammes. Vous m'avez vu depuis longtemps traiter les cancers non opérables par des injections de chlorate de potasse associé à la cocaïne et vous avez constaté que j'injecte 4 et même 6 centigrammes dans l'intérieur du tissu cancéreux sans déterminer aucun accident. Ces doses peuvent donc être absorbées impunément. Comment se fait il donc que les annales d'odontologie rapportent si souvent des cas malheureux ? Eh ! bien, on a dit qu'en opérant sur les gencives on se trouve plus près des centres nerveux. C'est possible et il est prudent d'être réservé dans l'emploi de la cocaïne pour extraire les dents. On a aussi cherché à expliquer ces faits, par la position verticale donnée aux opérés, condition qui favorise la tendance à la syncope. Pour moi, je crois que dans l'immense majorité des cas, ces phénomènes, pâleur de la face, tendance à la syncope sont des phénomènes émotifs, dus à la terreur que cause l'approche du dentiste. Vous connaissez les troubles émotifs qui accompagnent les opérations ; il y a des gens qui s'évanouissent à l'approche d'une lancette. Je pourrais vous répéter une observation bien remarquable. Une dame vient trouver un dentiste et lui dit : Monsieur, je désire que vous m'extrayiez une dent, mais comme je ne veux pas souffrir, je vous prie de me faire une injection de cocaïne, mais si vous me faites cette injection, je suis

sûre de mourir. En présence d'une telle logique, le dentiste charge sa seringue d'eau distillée et pratique l'injection ; aussitôt la syncope se produisit. M. Verneuil raconte qu'il se disposait un jour à faire la trachéotomie, le patient était sur la table d'opération ; en faisant avec le couteau le geste de la future incision, il vit le malade pâlir et mourir en syncope. Il est certain que si on lui avait donné de la cocaïne, on n'aurait pas manqué d'incriminer celle-ci.

A l'heure actuelle, j'ai pratique plus de 1100 injections de cocaïne et jamais je n'ai vu survenir d'accidents redoutables. J'ai bien vu autrefois, lorsque j'employais les fortes solutions, quelques phénomènes passagers, mais depuis que je me sers de la solution à 2 p. c., je n'ai rien observé. Ma conclusion sera donc que la cocaïne prudemment employée, procure une anesthésie à la fois efficace et innocente.

Basiotripsie.

Par M. le Dr L. L. AUGER, (Paris).

Pas n'est besoin, messieurs, de vous faire l'historique de l'embryotomie céphalique dont tous les procédés anciens et nouveaux semblent s'être résumés dans la basiotripsie. Grâce à des recherches nombreuses, grâce à des travaux intéressants, grâce à des calculs exacts et à des expériences suivies on a passé pour ainsi dire au creuset chacune des nombreuses méthodes qui se disputaient l'honneur du succès dans l'opération de l'embryotomie céphalique, on a conservé ce que chacune d'elle avait d'utile et dans le procédé et dans la forme instrumentale et on a ainsi constitué non sans peine et sans mérite une science presque récente et que l'on nomme la basiotripsie.

La basiotripsie est née en France et à elle en revient tout l'honneur.

Inutile aussi, messieurs, de vous rappeler la longue série de modifications qu'ont subies les différents instruments à deux ou trois branches mis en usage depuis Assalini et Bandelocque et dont la liste est aujourd'hui close par le dernier basiotribe de M. le Professeur Tarnier. Ce nouvel instrument avait été inventé par M. Tarnier lui-même il y a six ans bientôt. Tout en le reconnaissant supérieur au céphalotribe et d'égale valeur au cranioclaste on lui trouvait quelques défauts qui supprimés le rendraient incomparable. C'est ainsi qu'après divers changements proposés et exécutés par MM. Truzzi Bar et autres, après des études soignées et des expériences sur des fœtus morts broyés dans un fantôme à bassin rétréci ; c'est ainsi, dis-je, que M. le professeur Tarnier semble avoir donné le dernier mot de la science

en corrigeant les torts qu'on reprochait à son premier basiotribe. La correction de son perforateur, l'adaptation du capuchon qui favorise davantage le broiement, la symétrie et la longueur égale des deux cuillères, la souplesse et la force des branches semblent avoir porté cet instrument aux limites de la perfection relative.

La France avait trouvé la méthode, il était réservé à un Français qui n'en était pas d'ailleurs à ses premières découvertes, de fournir au monde scientifique et praticien l'instrument le plus commode et le plus sûr pour en poursuivre le but. Voici, d'ailleurs, comment s'exprimait M. le Dr Tarnier dans une de ses cliniques du mois de mars.

“ Pendant que plusieurs accoucheurs s'évertuaient et travaillaient à modifier mon basiotribe, devais-je rester simple spectateur de tous ces efforts? Mais mon inaction aurait pu être taxée d'indifférence. Aussi me suis-je mis à l'œuvre et je crois être parvenu à faire disparaître les défauts et les desiderata qui avaient été signalés et que je ne méconnaissais pas

J'ai d'abord diminué le volume du perforateur ; les bords de l'ogive ont été taillés en biseau ; ensuite le crochet, au lieu de s'abaisser dans un trou, est venu s'appuyer simplement sur une rainure. Tout cela est extrêmement simple et facile à réaliser ; mais j'ai voulu faire plus et mieux. La tige du perforateur ayant été placée entre les deux branches, chacune de celles-ci peut maintenant, à volonté, être mise en place la première ou la seconde ; de même, chaque branche étant absolument indépendante de sa congénère peut être retirée la première ou la seconde. Quant à la possibilité d'allonger et de raccourcir à volonté chacune des deux branches, je vous ai dit comment cela pouvait être facilement réalisé.

Il reste cette inaptitude du basiotribe à être transformé en une bonne pince à os comme le cranioclaste. Pour y remédier, j'ai fait construire une petite armature mobile de forme analogue à celle d'un sabot de voiture, dont on coiffe un côté ou l'autre de l'ogive du perforateur et qui présente une convexité avec crêtes saillantes, destinée à s'emboîter dans la fenêtre de l'une ou de l'autre des cuillers.

Il serait aussi oisieux d'ajouter que les succès de l'opération césarienne dont les nombreux défenseurs publient des statistiques plus ou moins avantageuses, n'infirmen en rien la basiotripsie dont les résultats sont des plus favorables. Grâce à l'antisepsie et au perfectionnement du manuel opératoire, cette dernière est devenue une intervention dégagée de tous dangers et difficultés dont on se plaisait à l'entourer jadis.

M. le Dr Bar aidé de M. le Dr Bonnaire dans son ouvrage intitulé : ‘ Les Recherches expérimentales et cliniques ’ pour servir à l'histoire

de l'embryotomie céphalique à comblé ces lacunes amplement. Ce qu'il y a d'important à retenir dans tous les travaux et observations qui viennent grossir le dossier favorable d'ailleurs de la basiotripsie est que cette dernière est à l'abri de tout accident et que chez les bassins les plus rétrécis, le basiotribe n'échoue qu'exceptionnellement. Pour prouver cet avancé, je pourrais citer une foule de cas déjà publiés, mais je me contente de cette observation que j'ai recueillie dans les salles de la clinique d'accouchement depuis mon séjour à Paris; quoiqu'unique elle n'en est pas moins une preuve sérieuse et convainquante de l'innocuité de la méthode ci-dessus mentionnée. Je procède.

Angélique B..., âgée de 35 ans et cuisinière, entre à la Clinique le 24 octobre à 9 heures du matin. Née de parents vigoureux; elle ignore quand elle a marché; n'a jamais eu de maladies antérieures; son squelette est normal, elle fut réglée à dix-sept ans, l'écoulement régulier et pas trop abondant durait une moyenne de huit jours. Primipare, a eu ses dernières règles du vingt-cinq au trente décembre 1889. Le cours de sa grossesse fut normal, sauf quelques vomissements survenant le matin à jeun et disparus depuis un mois; aussi leucorrhée peu copieuse.

Le vingt-un octobre, les premières douleurs apparurent; d'abord légères, elles deviennent intenses le lendemain, durent sans intervalle jusqu'au vingt-trois où elles cessent entièrement; elle raconte que la rupture des membranes s'est produite le vingt-deux octobre à huit heures du matin; que la sage femme qui la surveillait manda un médecin le vingt-trois au soir et que celui-ci amena le cordon au dehors du vagin et essaya la rétropulsion.

Malgré ce récit un peu étrange, l'on recevait de ce même médecin qui adressait la cliente à la Clinique une lettre que nous avons sous les yeux et qui fut reçue le jour même de l'entrée de la cliente, c'est-à-dire le vingt-quatre. Cette note avait été écrite à 6 heures du matin de cette date et contenait les lignes suivantes: "Il y a six heures la poche des eaux s'est rompue, le col avait alors une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs, aussitôt une procidence du cordon s'est produite; appelé en toute hâte auprès de la malade, j'ai essayé à plusieurs reprises la réduction; l'on sentait encore de fortes pulsations, mais ces tentatives au moyen du porte-corde de Schuller-échouèrent complètement; quelques moments après, une quantité assez considérable de meconium était rendu, le cordon cessait de battre tout-à-coup et l'enfant succombait. Depuis lors les douleurs n'ont pas été régulières ni efficaces; la dilatation n'a presque pas progressé et ne permet pas encore l'application du forceps..... La patiente se fatigue, son pouls devient fréquent, etc....." Sans tenir compte de la

contradiction entre le médecin et cette femme qui a du prendre pour une rupture des membranes de l'œuf un simple écoulement de glaires, l'on constate que cette dernière est anémiée, pâle et abattue, mais n'éprouve aucune sorte de douleurs, de plus nous nous trouvons en présence d'un ventre énormément ballonné, l'utérus étant fortement distendu par des gaz provenant de la putréfaction du fœtus. Les contractions de l'organe ont cessé et on ne peut distinguer aucune partie de l'enfant tant par la macération dont il souffre, tant par la distension des parois abdominales ; auscultation négative. Léger œdème des membres inférieurs, l'on fait le cathétérisme et l'analyse de urines où l'on trouve de l'albumine ; du reste pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue ni de point épigastrique. Les linges de la malade dégagent une odeur infecte ; les cuisses sont couvertes de trainées sanguinolentes et une anse volumineuse et noire du cordon pend en dehors de la vulve ; les grandes lèvres et le périnée sont aussi le siège d'un léger œdème. Dès qu'on pratique le toucher des gaz bruyants et extrêmement fétides s'échappent en quantité de la cavité utérine ; le col est dur, coriace, effacé et dilaté comme une pièce de cinq francs environ, de plus il est œdématié,

Tête non engagée, reposant au-dessus du détroit supérieur et présentation du sommet en O. I. D. P. On n'est pas renseigné sur les diamètres du bassin, on le croit rétréci, mais on n'insiste pas pour le mesurer. On sent très bien la crépitation gazeuse à travers les muscles abdominaux ; ce signe dont l'existence a été nié par quelques auteurs est ici évident.

En appliquant la main sur la partie antérieure du ventre et en appuyant un peu fortement on sent les bulles d'air qui se déplacent sous les doigts et donnent la sensation d'un papier qu'on froisse. L'emphysème des parties fœtales n'est pas discutable tant il est facile de le constater. En présence de cette putréfaction rapide qui fait craindre une rupture utérine par l'excès de gaz qui distendent cet organe outre mesure et le stupéfient, putréfaction qui diminue la contractilité et la tonicité de l'utérus, qui enlève à la portion cervicale toute chance de dilatation vu que les fibres du corps de l'organe agissant sur les gaz dont il est rempli ne peuvent transmettre leur action aux fibres du col, en face de toutes ces raisons sérieuses et pesées ou serait tenté d'intervenir et d'appliquer le basiotribe ; mais la difficulté, l'impossibilité d'introduire un instrument à travers un col si peu dilaté et peut-être peu dilatable, l'espoir d'un progrès de dilatation prochaine ; la perspective peu souriante d'une opération jamais brillante et toujours dangereuse, et la force et la régularité du pouls décident MM. les Drs Bar et Tessier à ajourner l'intervention.

On donne alors un bain à la malade et la température au sortir du bain marque 37° et le pouls fort, bien frappé compte 85 pulsations à la minute. A deux heures la température monte à 38° et le pouls a 112 pulsations. Peu de liquide s'écoule des parties génitales, mais on entend des craquements continuels causés par la sortie des gaz de l'utérus dont le volume augmente progressivement. Elle se plaint alors d'une douleur fixée à la région de l'hypocondre gauche, se retourne difficilement dans son lit ; sa respiration est haletante, entrecoupée, accélérée.

La malade est nerveuse, agacée ; les yeux sont encavés, les pommettes des joues rouges, contractions utérines nulles.

A trois heures et demi, le thermomètre placé sous l'aisselle marque 38°3, pulsations cent vingt-cinq ; pouls fort, toujours bien.

A quatre heures et demi, M. Bar arrive à la Clinique et décide de procéder à l'intervention.

La face maintenant pâle, s'est grippée. est abattue, et les yeux sont sans vie.

L'utérus est énormément distendu et les gaz font une saillie volumineuse. Le cordon ombilical est noirâtre répandant une mauvaise odeur et vide de sang. Le périnée est infiltré et les grandes lèvres œdématisées. Beaucoup de gaz font issue hors de l'utérus, mais de liquide, point.

Au toucher, le col toujours dur, œdématisé, dilaté comme la paume de la main ; la tête n'est pas engagée. L'état de la malade indique alors l'intervention. On fait le cathétérisme de la vessie qui ne contenait que peu d'urine, une toilette vulvaire soignée, des injections vaginales chaudes au sulfate de cuivre et l'on donne le chloroforme.

A quatre et cinquante, M. le docteur Tissier introduit le perforateur cranien du nouveau basiotribe de M. le Dr Tarnier à l'intérieur du crâne, dilacère la substance cérébrale, retire le perforateur et le réintroduit de nouveau couvert de son capuchon.

Il introduit alors la première branche sur la joue gauche au voisinage du promontoire et procède au petit broiement qui dure trois minutes. A cinq heures et dix, la seconde branche du basiotribe est introduite et M. le Dr Tissier opère le grand broiement qui dure dix-huit minutes. Ce grand broiement pourra paraître de longue durée et même être taxé de lenteur. Presque 20 minutes employées à ce temps de l'opération pourront peut-être éveiller en plusieurs l'idée d'un retard importun, d'un accident, d'un obstacle et que sais-je encore. Mais non rien de tout cela. M. le Dr Tissier employait 20 minutes et cela intentionnellement. Cette lenteur dans le broiement permettait à la substance cérébrale de s'écouler au dehors entièrement

et l'empêchait d'aller former ces saillies dures comme de la pierre qu'on a observées quelquefois de chaque côté des cuillers sur les parties latérales de la tête écrasée. Ces saillies très dures peuvent nuire à la sortie facile de la tête fœtale et même l'empêcher complètement et rendre ainsi grave le pronostic d'une basiotripsie ou nécessiter une seconde application. L'idéal de la basiotripsie est d'aplatir la tête à ce point qu'elle représente un disque égal d'épaisseur ou à peu près en tous points. Cette forme de la tête facilitera son dégagement et l'un des facteurs les plus sûrs pour arriver à ce but est selon M. le Dr Tarnier et M. le Dr Tissier la lenteur dans le grand broiement. M. le Dr Tissier fait un tour de vis puis fait des irrigations fréquentes qui enlèvent une grande quantité de substance cérébrale. Quand le grand broiement est fini et toute la pulpe cérébrale expulsée ou à peu près, sur les conseils de M. le Docteur Bar, M. le Docteur Tissier retire la branche gauche afin que la tête puisse se mouler autant que possible dans l'ouverture du col et que ses diamètres soient presque tous égaux. Il exerce quelques tractions qui font franchir le col à la tête qui paraît à la vulve. En ce moment un craquement se fait entendre et fait craindre l'arrachement d'une partie du crâne. Les os du crâne putréfiés et mal soudés vont céder et nuire à la terminaison facile de l'opération ; le cou s'allonge fortement du côté de la tête et les épaules ne progressent pas dans leur descente.

Monsieur le Docteur Bar alors introduit les mains dans le vagin et dans le col et va placer un crochet mousse dans l'aiselle postérieure ; le bras gauche paraît bientôt à la vulve sous quelques tractions.

L'extraction continue, M. le Docteur Tissier tire en même temps sur le basiotribe et sur le bras, mais alors le pariétal droit fortement serré entre le capuchon du perforateur et le basiotribe se détache emportant avec lui quelques lambeaux du cuir chevelu. On s'empresse d'aller saisir l'autre bras et de l'amener à la vulve ; dès lors l'extraction est facile. L'opération était terminée à cinq heures et quarante du soir et avait duré une heure et quelques minutes. On s'aperçoit alors que le périnée avait cédé et était le siège d'une profonde déchirure intéressant le sphincter anal.

Cette déchirure a été produite au moment de l'introduction des mains dans le vagin lors de la manœuvre de l'abaissement des bras. Le périnée avait été ménagé durant le dégagement de la tête et le basiotribe ne doit pas en être responsable. Cette déchirure s'explique d'ailleurs par l'état d'infiltration et de flaccidité où se trouvaient les parties génitales externes.

Durant toute l'intervention, des gaz faisaient éruption hors de l'utérus et répandaient une odeur repoussante de putréfaction avancée ; on

a fait tout le temps qu'elle a duré une irrigation continue au sulfate de cuivre.

Quelques instants après, au moment où l'on se préparait à faire la délivrance artificielle, le placenta se décolle et est expulsé par l'utérus en contraction et n'est suivie d'aucune hémorragie.

Le toucher indique outre la distension exagérée du segment inférieur qui est comme plissé, deux légères déchirures latérales du col, l'une à gauche et l'autre à droite.

L'on fait de copieuses injections au permanganate de potasse et un pansement iodoformé et l'on ajourne la périnéorrhaphie à plus tard. L'œdème des lèvres de la blessure et l'irritation sont les motifs de cet ajournement.

Voici un synopsis de l'état de la malade le soir et les quelques jours qui ont suivi.

A sept heures, la malade est prise d'un violent frisson qui dure 15 minutes environ et la température monte à 38°, 38°5, le pouls est bon.

A dix heures, la malade n'éprouve aucune douleur et la température n'est plus qu'à 37°7. On fait une irrigation utérine de dix litres de permanganate de potasse. Le col utérin est alors béant, largement ouvert, déchiqueté et prèsqu'à la vulve ; on retire en même temps une petite quantité d'urine sanguinolente et albumineuse. L'utérus remonte à l'ombilic.

L'examen du petit cadavre le lendemain nous met en présence d'un fœtus dégageant une odeur extraordinairement infecte, d'une coloration verdâtre, très œdématisé et fortement distendu. Nous pouvons constater que l'application du basiotribe et le broiement de la tête avaient été parfaits ; la joue gauche gardait encore l'empreinte de l'une des branches, la seconde branche avait été appliquée exactement sur la portion mastoïdienne droite, la boîte crânienne entièrement broyée est absolument vide de substance cérébrale. Le pariétal droit manque ayant été enlevé sous l'influence des tractions, il était fortement serré dans le basiotribe et aucun effort ne pouvait l'en arracher.

Le lendemain, vingt-cinq octobre, l'état de la malade est relativement satisfaisant et la température n'est que de 36°7 ; l'utérus et les intestins renferment encore des gaz, on applique de la glace sur le ventre pour combattre le météorisme. Après la toilette vulvaire on fait une injection vaginale au permanganate de potasse. on sonde la malade et l'on retire de la vessie un peu d'urine sanguinolente, on donne une injection intra-utérine abondante à l'acide phénique et au permanganate (2 litres d'acide phénique et cinq litres de permanganate) et l'on termine la visite par un pansement iodoformé et bandage en T.

Le soir, la température est à 37°3, l'on opère le même pansement.

Octobre, le vingt-six. Aujourd'hui et les jours suivants la malade ne donne aucune inquiétude, l'état général est relativement très satisfaisant ; la fièvre se fait à peine sentir sous formes de légères montées le soir et l'infection ne donne aucune crainte.

On se contente maintenant d'injections intra-utérines au permanganate soir et matin et du pansement iodoformé. On évacue la vessie par le cathétérisme, on nettoie bien le vagin et les grandes lèvres.

Octobre, le vingt-neuf. La malade va toujours mieux, elle ne ressent aucune douleur, le météorisme abdominal est presque complètement disparu et la mauvaise odeur a sensiblement diminué, la malade urine toujours au moyen de cathéter, et à l'analyse on ne constate que très peu d'albumine, cependant la coloration jaune des conjonctives oculaires et de la peau annoncent un peu de subictère, de plus l'œdème plus marquée au niveau des grandes lèvres, surtout à leur partie supérieure ; nous en trouvons l'explication d'ailleurs facile dans les eschares du vagin et du périnée. En somme, son état est très satisfaisant et l'on continue le même traitement. Le soir on se contente d'une simple toilette vulvaire comprenant une injection copieuse au permanganate de potasse et à l'acide phénique, pansement au salol et un bon bandage en T.

Octobre, le 31. L'œdème vulvaire ne laisse presque plus de trace, les eschares sont tombés en partie. Depuis quelques jours, la plaie périnéale était recouverte d'une sorte de croutelle noirâtre, d'apparence rôtie et qui s'en va peu à peu sous les lotions antiseptiques fréquentes. L'utérus remonte aujourd'hui à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; il n'y a plus d'albumine dans les urines mais l'état sub ictérique persiste.

Après le cathétérisme de la vessie, monsieur le docteur Tissier fait une abondante irrigation vaginale toujours au permanganate de potasse et à l'acide phénique (trois litres de chaque), complète la toilette vulvaire par un lavement au sublimé et un pansement vaginal au salol ; la malade ne ressent de douleurs d'aucune sorte. M. le docteur ayant mesuré le bassin a constaté qu'il n'était nullement rétréci et tout-à-fait normal. La glace a été enlevée hier au soir.

Le premier novembre.—Ce matin l'on constate que les lochies sentent un peu plus que la veille.

Le deux novembre.—Tout redevient normal, la malade se trouve bien et l'on décide la colpopérinéorrhaphie.

LOUIS L. AUGER,

Docteur en Médecine de l'Université Victoria de Montréal, Pro. Québec, Canada.

Paris, Novembre 7, 1890.

De l'appendicite.

Par le DR A. C. LAMOTHE-KANSAY, ancien interne des hôpitaux, chirurgien en chef de l'hôpital St-Raphaël, St Cloud, Minn. U.S.A.

Cette maladie a été dernièrement le sujet de beaucoup de discussions parmi les chirurgiens français (1). Il y a déjà deux ou trois ans que la littérature américaine est remplie d'articles sur ce sujet. Smith, (2) ainsi que Morton (3) ont beaucoup contribué à ouvrir les yeux de nos chirurgiens et à amener le traitement rationnel de cette maladie si commune et si sérieuse.

Mais à Senn, (4) ce grand maître de la chirurgie intestinale américaine, appartient l'honneur d'avoir décrit les symptômes et la technique opératoire qui ont amené la guérison de tant de pauvres malheureux souffrant de cette maladie.

L'appendice vermiforme chez l'homme mesure de 6 à 10 centimètres ; c'est un tube du calibre d'une plume d'oie, retournant sur lui-même et situé en arrière du cæcum ; par suite d'accès inflammatoires cette position peut être changée, il peut être adhérent au ligament large, à l'ovaire, ce qui expliquerait bien des cas de péritonites obscurs après ovariectomie ; ou il peut entourer l'intestin formant une bande de constriction qui pourrait causer une obstruction intestinale, aiguë ou chronique, suivant l'âge des adhérences.

Ses fonctions sont encore *subjudice*, Chapman (5) et Senn (6) la regardent comme inutile.

La muqueuse de l'appendice est sujette à une inflammation catarrhale et microbienne qui, en fermant ce tube, cause une rétention de ses sécrétions, décomposition consécutive et formation de calculs. Une fois le calcul formé, il est cause d'irritation comme corps étranger.

D'après l'analyse du professeur Lessman (7) de Philadelphie, ces calculs sont composés de chaux et d'acide phosphorique— $(Ca_3)(PO_4)_2 = Ca_2H_2(PO_4)_2 = CaH_1(PO_4)_2$ et ils ne contiennent pas de cholestérine.

(1) France Médicale, Nos. 41, 42, 44, 1890.

(2) Journal Am. Med. Ass., vol. X, pp. 707, 1888.

(3) Même journal.

(4) Même journal, vol. XI No. 18.

(5) Journal Am. Med. Ass., vol X, pp. 708.

(6) Même journal, vol. XI, No. 18.

(7) Trans. of Phila. Coll. of Phys. vol 9, pp. 198, 3rd serie.

Les glandes de Peyer dans l'appendice peuvent devenir le siège d'ulcérations, soit tuberculeuses, microbiennes ou typhiques, et ces ulcérations peuvent aller jusqu'à ce qu'il y ait perforation, suivie d'une inflammation soit localisée, (typhlite, perityphlite ou péritonite générale) qui a généralement une terminaison fatale.

Quoiqu'en disent certains auteurs qu'il ne peut y avoir de perforation sans qu'il y ait des calculs renfermés dans l'appendice, les cas II et III démontrent le contraire, et plusieurs cas semblables ont été publiés notamment ceux de Worcester (1), Hoeg (2), Kummel (3)

Graser, (4) dans une étude faite à la clinique de Heinecke d'Erlangen, démontre le fait que tous ces cas décrits autrefois sous les noms de typhlite péri-typhlite et para-typhlite vermiforme, ont tous leur origine dans l'appendice vermiforme, que l'appendice étant entouré de péritoine, le processus inflammatoire est naturellement intra-péritoneal, et qu'il est de notre devoir d'opérer avant qu'il y ait perforation.

Marston (12) dit que l'appendicite n'est pas le résultat de l'introduction de corps étrangers (calculs), mais que les calculs sont les résultats de l'inflammation.

Les symptômes sont douleurs profondes et atroces, déchirantes, toujours dans la région de l'appendice, qui reviennent de temps en temps, presque toujours attribuées à un refroidissement; il y a rarement de vomissement avant qu'il y ait perforation. Chez les personnes maigres on peut reconnaître un corps de la grosseur et longueur du petit doigt qui est l'appendice sensible et induré

La constipation, dont parlent plusieurs auteurs, comme d'un symptôme commun de cette maladie, je ne l'ai pas observé sur mes opérés, et d'ailleurs, si l'appendice en était pour quelque chose, tous nos opérés seraient constipés, ce qui n'a pas été le cas chez un de mes trois malades.

Dans les cas chroniques, il existe une tuméfaction dans la fosse iliaque, et dans ces cas le diagnostic est plus difficile à porter chez les femmes, à cause de la ressemblance aux affections de l'ovaire ou du ligament large.

Quand il y a perforation, nous avons tous les signes d'une typhlite, s'il y a eu localisation de l'inflammation: ou péritonite générale si elle

1) Boston Med. and Surg. Journal, Jan. 30. 1890.

2) Journal Am. Med. Ass., vol. XI, No. 18.

3) Beilage Z. Centblt. f. chirurg. No. 5. 90.

4) Loc. Cit.. No. 25, 90.

5) Transact. 9th Int. Med. Congress.

ne l'est pas ; péritonite par perforation dont les symptômes sont si bien connus.

Il ne peut y avoir de typhlite sans appendicite et ouvrir un abcès typhlitique sans enlever l'appendice vermiforme est le fait d'un bien pauvre chirurgien, c'est enlever l'effet sans enlever la cause. J'ose avancer que la plupart des péritonites dites idiopathiques sont le résultat de perforation ou de maladies de l'appendice. Pour le traitement, il n'y en a qu'un ; c'est la laparotomie et l'excision de l'appendice. L'opération doit être faite par l'incision iliaque dans les cas où il n'y a pas de péritonite générale ; dans ces cas l'incision médiane devra être préférée.

On ouvre le péritoine par en arrière du cæcum et l'appendice peut toujours être trouvé ; si, comme le disent quelques auteurs, il est absent c'est qu'il y a eu ulcération près de sa jonction avec le cæcum, dans ces cas, la couverture péritoneale du cæcum sera suturée d'après la manière de Lambert et l'ouverture fermée.

L'appendice sera attaché avec de la soie forte aussi près que possible du cæcum et sa couverture péritoneale rapprochée par des points séparés. S'il y a un foyer purulent, le drainage sera indispensable. Senn (1) donne les règles suivantes.

1^o Tous les cas d'appendicites catarrhales et ulcéreuses devraient être traités par la laparotomie et l'excision de l'appendice aussitôt que la lésion serait reconnue.

2^o L'excision de l'appendice dans les cas non compliqués de perforation est une des plus faciles et des moins dangereuses des opérations abdominales.

Je puis ajouter qu'avec les précautions aseptiques, même quand il y a perforation, l'opération n'est pas aussi dangereuse que l'ovariotomie dans les mains de nos meilleurs opérateurs du jour.

I

Peter R., (2) un robuste gaillard de 27 ans, me consultait à mon bureau le 14 décembre dernier. Il donnait l'histoire suivante. Famille : pas de tuberculose, lui-même n'a jamais été malade. Il y a quatre mois, en prenant une course un jour, il sentit comme si quelque chose se fut déchiré dans la région cæcale ; depuis ce temps-là, il a été sujet à des attaques de douleurs dans la même région, les douleurs après avoir été sévères pendant une couple d'heures ou une demie journée, disparaissent. Il n'a jamais eu de vomissements pendant ces attaques

(1) Journal Am. Med. Ass., vol. XI, No. 18.

(2) Rapport dans le Journal Am. Med. Ass., Mars 8, 1890.

qu'une seule fois il y a deux ans. Ces douleurs n'ont jamais été assez sévères pour l'empêcher de travailler. Il a la langue nette, le pouls 82, température 37.7°c.

L'examen du ventre démontre qu'il n'y a pas de tympanisme, pas de points douloureux excepté dans la région cœcale on en faisant pression forcée, je pus reconnaître un point dur et douloureux. L'examen du rectum ne donne rien ; l'urine est normale. Il n'a jamais été constipé et n'a jamais souffert de diarrhées.

Je portai le diagnostic d'appendicite et proposai l'opération qui fut refusée. Le lendemain, je fus appelé près du malade, qui était retenu au lit et souffrait plus. Il n'y avait cependant pas de tympanisme, au lieu de lui donner de la nourriture, je lui fis prendre 15.0 de sulfate de magnésie par jour. Comme il n'allait pas mieux le 18, il consentit à l'opération, et je le fis entrer dans mon service à l'hôpital St-Benedict, où je l'opérai le lendemain matin. Il n'y avait pas de tympanisme, il n'y avait pas eu de vomissements, enfin il était bien mieux le jour de l'opération que la veille.

OPÉRATION, 19 DÉCEMBRE 1890

Administration d'éther : après l'enlèvement du pansement préparatoire à l'iodoforme, les parties à opérer furent lavées à l'éther et les environs recouverts d'essuie-mains stérilisées. L'incision iliaque fut pratiquée; attachant les artères avec soin, je n'arrivai au péritoine qu'en relevant le cœcum. J'aperçus un calcul de la grosseur d'une fève, il y avait à peu près 15 centigrammes de pus fécal. Il y avait sur les muscles un caillot bien organisé, l'enlèvement duquel causa une hémorrhagie considérable. L'appendice se présentait au fond, son extrémité perforée, et présentant l'apparence d'une perforation intestinale, eversion des bords péritonéaux, etc. Après avoir nettoyé la cavité, j'attachai l'appendice aussi près du cœcum que possible, après l'avoir coupé à 5 millimètres de la ligature, je le désinfectai et j'amenai les bords péritonéaux ensemble avec trois sutures de soie fine. Un drain de verre fut mis jusqu'en bas et l'incision recousue avec soin, un pansement à l'iodoforme et au coton ouaté fut appliqué.

L'appendice était de la grosseur d'un crayon de mine, et en l'ouvrant, il y avait un ulcère bien marqué et profond près du caecum. et un autre qui avait terminé une perforation à son extrémité.

Le deuxième jour après l'opération, le pansement fut enlevé, la cavité lavée avec une solution phéniquée au 40°. Après l'opération jusqu'à ce jour, il n'a pas eu de ces attaques de coliques comme il les appelait, au bout de douze jours il se levait ; il est robuste et travaille aussi fort que jamais aujourd'hui.

II

John S., avait 29 ans. Un tailleur de pierre qui n'avait jamais été malade de sa vie ; il est fort et a l'apparence de la plus forte santé. Il est marié et est père de deux enfants qui sont en parfaite santé.

Il fut pris de douleurs dans le bas et à droite du ventre le 7 février. Je fus appelé chez lui le lendemain, " pas parce qu'il était bien malade, mais pour lui donner quelque chose pour purifier son sang." La douleur déchirante de la veille avait disparu, il n'y avait qu'un peu de douleur en pressant sur la région cœcale ; pas de tympanisme, langue blanche, pouls 85, température 38c.

Examen rectal négatif. Rien d'anormal dans l'urine. Mon diagnostic fut appendicite aiguë avec perforation. Le malade n'avait jamais eu d'attaque pareille. Il consentit à l'opération que je fis dans sa maison le lendemain matin.

OPÉRATION, 9 FÉVRIER 1890.

Précautions antiseptiques comm: dans le dernier cas, la même incision, en élevant le cæcum et divisant le péritoine ; l'appendice était courbé comme un vers. Très récentes adhésions, une petite couverture de pus grisâtre en dedans de la courbure. L'appendice fut sorti sans difficulté et ligaturé près du cæcum après avoir nettoyé la cavité. J'enlevai l'appendice et je traitai le moignon comme dans le cas précédent—drainage, même pansement. Le malade se porta on ne peut mieux et le treizième jour, il se leva et il n'a jamais eu de douleurs depuis.

La pièce que je fis photographier est très intéressante. Fig. 1.



Près du cul-de-sac, il y a un ulcère très profond et avec des rebords à pic ; au centre de l'ulcération, il y a une toute petite perforation dans laquelle je pus introduire la pointe d'une épingle ; au milieu de l'appendice, il y a une autre ulcération, mais pas aussi profonde, elle ne concerne que la muqueuse.

Il s'agissait donc d'un cas de perforation récente, de la veille, sans doute, un cas qui est toute une étude si l'on considère la légèreté des symptômes. (1)

III

Madame R., (2) aet. 47. Mère de sept enfants, tous en bonne santé, fut envoyée dans mon service de l'hôpital St-Raphael par le Dr. Renney, de Royalton, Minn.

Elle avait été alitée quatre semaines, souffrant de douleurs dans la région ilio caecale. Autrement elle n'avait jamais eu de maladies sérieuses.

A son entrée à l'hôpital, elle avait l'apparence d'une personne souffrant de pyémie avancée : langue sèche, pouls 120 petit, température 39.8 C. Le ventre n'est pas ballonné, mais à droite il y a une tumeur fluctuante de la grosseur du poing, il n'y a pas de douleur excepté dans la région de cette tuméfaction.

Après que toutes précautions antiseptiques eurent été prises, j'opérai le lendemain matin.

OPÉRATION, 5 SEPTEMBRE 1890.

Même incision, hémorrhagie plus considérable en arrivant au péritoine : un abcès contenant près d'un litre de pus fut évacué, l'abcès s'avancait depuis le ligament de Poupart jusqu'au ligament large. Après avoir lavé la cavité avec de l'eau stérilisée, en relevant le caecum, j'aperçus l'appendice qui n'avait que 2 ou 3 centimètres de longueur et perforé à son extrémité comme le cas I.

L'appendice fut enlevé comme dans les autres cas, et avec drain de verre introduit en avant, la cavité remplie de gaz iodoformé. La malade se rétablit bien, et, dans quatre semaines, retournait chez elle en bonne santé.

Il était difficile, même au moment de l'opération, de distinguer entre un abcès du ligament large et une pérityphlite, et ce n'est qu'en cherchant pour l'appendice dans ces cas que l'on peut être certain de bons résultats.

(1) Rapport dans le North Western Lancet, April 1, 1890.

(2) Rapport par mon interne dans le North Western Lancet, Novembre 1, 1890.

COURS ET CLINIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

Notes par P. BARRETTE.

Hernie inguinale avec hydrocèle de la tunique vaginale.

Un malade se présente avec élargissement très considérable du scrotum ; le Dr Hingston, selon son habitude, appelle quelques élèves parmi les finissants pour faire le diagnostic : Le cas est-il hernie ? Si oui, de quelle nature : inguinale, directe ou oblique ? Si c'est hydrocèle, est-elle de la tunique vaginale ou du cordon ? Est-ce une tumeur, et si oui, de quelle nature ?

L'opinion penche du côté d'hydrocèle de la tunique vaginale avec hernie inguinale.

Cette opinion de la majorité des élèves appelés à donner leur opinion rencontre l'approbation du chirurgien, qui enfonce son trocart dans la cavité du scrotum et retire sept onces d'eau, puis on découvre à la partie supérieure une hernie inguinale oblique que l'on réduit.

Carie des os du carpe.

Une personne, souffrant de la carie des os, vint à l'Hotel-Dieu demander les secours du Dr Hingston. Ce dernier après un examen de quelques instants découvre que tous les os du carpe sans exception sont attaqués ; il y a six ouvertures sur la surface palmaire, et quatre sur la surface dorsale, par la plupart desquelles s'échappe du pus. A travers quelques-unes de ces ouvertures le stylet découvre des os dénudés et des articulations ouvertes.

La maladie était connue, mais la difficulté n'était pas encore résolue : il fallait extraire ces os, mais de quelle manière allait-on s'y prendre ? Quelle méthode devait-on suivre ?

Si l'on allait faire une incision à la surface dorsale, l'on allait rencontrer le danger de couper les tendons des muscles extenseurs. Si au contraire, l'on pratiquait l'opération du côté de la surface palmaire, l'on avait à éviter les arcs palmaires et les tendons des muscles fléchisseurs. Dans un cas comme dans l'autre, il fallait compter avec un grand nombre de tissus importants.

Laugenbeck fait une simple incision sur la surface dorsale de la main, commençant au niveau du métacarpien de l'index, de son côté cubital, et s'étendant longitudinalement jusqu'à $\frac{3}{4}$ de pouce au-dessus de l'extrémité du cubitus.

D'autres opérateurs, comme Lister, pratiquent deux incisions latérales, ce que dans le cas présent, vu le nombre d'ouvertures exist-

tant et le nombre de tissus malades, le Dr Hingston trouve de beaucoup préférable et il fait l'opération telle qu'indiquée par Lister, avec scie, ciseaux, scie à chaînettes, ostéotome, etc.

Autant que l'on en pouvait juger, les os scaphoïde, semi-lunaire, le trapèze et le trapezoïde étaient enlevés par l'incision du côté radial, et le cunéiforme, le pisiforme, le grand os et l'unciforme étaient enlevés par l'ouverture du côté cubital.

Après avoir nettoyé la plaie, fait usage d'eau chaude en abondance, et posé deux tubes de drainage, un de chaque côté, la main fut mise sur une clisse de fer blanc perforée et légèrement pliée, et saupoudrée abondamment d'iodoforme.

Trois jours plus tard le malade quittait l'hôpital, étant dans un état très satisfaisant.

MEDECINE

Traitement de la diarrhée des phthisiques.

Polyak rapporte les résultats obtenus par lui dans le traitement de la diarrhée des phthisiques avec le silicate de magnésie (sous forme de talc) proposé par Debove, et l'acide lactique recommandé par Sézary et Aune. 250 grammes de talc environ furent administrés dans 500 grammes de lait. En règle générale, la diarrhée cessa après quelques jours, mais elle réapparut dès qu'on supprima le talc. Les malades préféreraient le lait mélangé au talc au lait ordinaire, mais il fut tout de même impossible de prolonger son usage au-delà de 6 à 7 jours, les malades se plaignant d'une sensation d'oppression à l'épigastre. L'auteur ne croit pas qu'on réussisse à guérir les ulcères intestinaux par l'emploi prolongé du talc. Les résultats furent plus favorables avec l'acide lactique. On commença par 1 gr. 80 d'acide lactique dans 120 grammes de lait ; les doses furent successivement augmentées jusqu'à 4 gr. 50 par jour. Dès le troisième jour, on constatait ordinairement la disparition de la diarrhée et des douleurs, et un ou deux jours plus tard les selles étaient devenues tout à fait normales. On se trouvait bien de continuer le médicament à petite dose pendant quelque temps après la disparition de la diarrhée. Les malades supportaient très bien l'acide lactique ; on n'a pas observé de phénomènes secondaires fâcheux, à moins qu'on ne prolongeât outre mesure l'emploi du médicament. Le docteur Polyak est d'avis que, grâce au traitement par l'acide lactique, on peut s'attendre même à la guérison des ulcères de l'intestin — P. W.

—*Le Courrier Médical.*

HOPITAL NECKER.—M. le professeur PETER.

De la convalescence de la fièvre typhoïde.—Considérations sur la typhlite et la pérityphlite.

A propos du malade couché au No. 8 de notre salle d'hommes, je veux aujourd'hui vous parler de la convalescence de la fièvre typhoïde. Il s'en faut de beaucoup que ce soit un état intermédiaire entre la santé et la maladie ; la convalescence est ici une autre maladie.

Dans la dothiëntérie, en effet, tous les systèmes sont altérés (système nerveux, système digestif, système circulatoire, foie, rein, rate) ; tout est touché et il en résulte que quand l'organisme est débarrassé de l'infection, c'est encore un organisme altéré, il reste des altérations matérielles saisissables par l'investigation clinique.

C'est ainsi, par exemple, qu'alors que l'individu est débarrassé de l'infectieux, il y a des organes tels que l'estomac et les intestins, qui sont encore hyperémisés, qui sont en voie de réparation cicatricielle.

Il en résulte qu'alors que l'organisme a besoin d'une urgente réparation, les organes réparateurs ne sont pas capables de fournir les éléments de cette réparation. D'ailleurs, ce qui démontre fonctionnellement que l'estomac n'est pas en état de réparer les pertes de l'économie, c'est que l'on observe fréquemment à cette époque des vomissements. De là surgit une indication suprême, à savoir porter secours à cet estomac troublé dans ses fonctions : mais c'est là un point sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

L'intestin est encore plus endommagé que l'estomac ; la cicatrisation des plaques de Peyer ne se fait pas rapidement et, au moment de la convalescence, l'intestin n'est pas capable de remplir son rôle ; de là l'obligation de surveiller de très près l'alimentation.

Dans d'autres circonstances, ce n'est pas l'appareil digestif qui est frappé, c'est le cœur. Ainsi, chez le malade dont je vous parlais au début, ce qui domine, c'est la lenteur du pouls ; il a eu 58, 59 et même 52 pulsations. Outre le ralentissement du pouls, il y a eu de l'arythmie et même des intermittences. Par conséquent, chez ce jeune homme, qui est en pleine convalescence, c'est le cœur qui est lésé. Or du ralentissement du pouls à l'arrêt complet, c'est-à-dire à la syncope, il n'y a qu'un pas.

D'autres fois, on n'a pas de ralentissement du pouls, mais au contraire, une augmentation de fréquence. Chez un malade que j'ai soigné à la Charité, j'ai observé jusqu'à 144 pulsations ; chez lui le pouls ne redevint normal qu'au troisième mois de la maladie.

A quoi tiennent ces troubles fonctionnels ? Ils peuvent tenir à une myocardite. D'autres fois, ce trouble reconnaît pour cause une irrita-

tion des pneumogastrique., irritation souvent douloureuse ; il y a dans ces cas névralgies par irritation du bulbe.

Je reviens à notre malade du n^o 8 ; c'est un cas très intéressant, car il s'agissait d'une dothiéntérie d'une intensité très moyenne. Cet homme est entré dans mon service le 5^o jour de sa maladie ; il avait alors une fièvre modérée, 39^o le soir, et 90 pulsations. Le température se maintint aux environs de 39^o les jours suivants ; le 9^o jour elle tomba à 38^o, puis rapidement à 37^o et le malade put être considéré comme guéri. Il nous demanda alors à manger, mais vous savez combien les convalescents de fièvre typhoïde sont affamés. Mais chez lui, je remarquai qu'il y avait un ballonnement persistant du ventre, ce qui prouvait que les plaques de Peyer étaient encore lésées. Vous n'ignorez pas, en effet, que dans les dothiéntéries peu graves, si le nombre des plaques de Peyer atteintes est peu considérable, par contre, celles qui le sont le sont profondément ; c'est dans ces cas que l'ulcération est surtout à craindre et par suite une perforation intestinale. J'étais donc en droit de redouter une perforation chez mon malade et après avoir examiné l'état de la fosse iliaque droite, je conclus à la nécessité de lui donner des aliments réparateurs sous un petit volume.

Je vous ai dit tout à l'heure que l'organisation du dothiéntérique criait famine ; vous avez pu, en effet, constater qu'en deux ou trois jours, au moment de la convalescence, le malade maigrit considérablement ; ceci prouve qu'il fait de l'autophagie, que l'assimilation se rétablit rapidement et d'une manière intense. Que doit-on donner à manger en pareil cas ? L'estomac est encore hyperémié, le malade vomit, c'est là une entrave sérieuse à l'alimentation. Que faut-il faire ? Il faut d'abord faire de la révulsion et mettre un vésicatoire au creux de l'estomac et ne pas hésiter à la suite à appliquer quelques pointes de feu. Grâce à ce subterfuge thérapeutique, qui est très rationnel, vous pourrez faire digérer à votre malade du lait et des jaunes d'œuf, qui sans cela auraient été invariablement rejetés.

Vous pouvez agir de même au niveau de la fosse iliaque droite et la révulsion vous rendra souvent de grands services pour hâter la cicatrisation des plaques de Peyer. Tout au moins ce moyen permet de rétablir les fonctions de l'organe (estomac ou intestin) en combattant l'hyperémie.

En tous cas, les aliments que vous pourrez permettre sont : du bouillon, du lait, des panades et un peu de viande. Le pain, que les typhiques convalescents réclament avec tant d'insistance, est nuisible et vous devez attendre un certain temps avant d'en autoriser l'usage.

—Je voudrais maintenant vous parler d'une malade couchée à la crèche pour une typhlite et une pérityphlite.

Cette femme était accouchée le 24 octobre ; sept jours après, elle ressentit de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Trois jours après, soit le dixième jour qui a suivi l'accouchement, elle eut une garde-robe, c'était la première depuis ses couches. Voilà donc une femme chez laquelle les matières fécales étaient restées accumulées dix jours dans le cœcum ; c'est à la suite de cette constipation prolongée que se déclarèrent d'abord la typhlite, puis la pérityphlite.

Elle est entrée à l'hôpital avec de vives douleurs dans la fosse iliaque droite et portant à ce niveau une énorme tumeur du volume d'une grosse tête de fœtus ; cette tumeur, assez bien limitée, était bosselée et très douloureuse.

Que fallait-il faire ? Faire aller la malade à la selle. Mais ce n'est pas toujours chose facile.

Il y avait dans le cas présent une indication. Je fis appliquer six sangsues. Sous cette influence la douleur se calma, la fièvre tomba. C'est alors que l'administration d'un simple lavement glycérimé suffit pour déterminer une garde-robe très abondante, et à partir de ce jour, la malade continua à ailer régulièrement à la selle.

Je vous ai cité ce cas, Messieurs, parce que bien souvent la seule application de sangsues en cas d'accumulation de matières fécales dans le cœcum suffit pour provoquer une garde-robe ; et ce fait s'explique parce que dès que la douleur a cessé, l'intestin reprend ses fonctions et la malade va à la selle. Je pourrais vous citer à cet égard plusieurs cas bien démonstratifs ; il me suffit de vous en avoir relaté un et à l'occasion vous pourrez vous en souvenir. — *L'Union Médicale.*

CHIRURGIE.

Un procédé simple et facile d'extraction des polypes du nez.

Dans les cas où, pour une raison quelconque (enfants, obstruction de la cavité nasale ne permettant pas l'introduction de l'instrument à anse tranchante, etc., etc.) l'extraction des polypes muqueux du nez par la méthode usuelle devient impossible, M. le docteur E. Kurz (de Florence) recommande le procédé suivant qu'il a employé avec plein succès chez deux malades :

Après avoir insensibilisé la muqueuse nasale par un badigeonnage à la cocaïne, on introduit une sonde de Belloc et on fixe à son ressort faisant saillie dans la cavité buccale un fil de soie solide, enduit de cire, suffisamment long, auquel sont attachées, à une certaine distance l'une de l'autre, trois éponges pas trop dures et dont le volume va en augmentant. La première doit être de dimensions suffisantes (à peu

près grosse comme un noix) pour exercer, en traversant l'orifice nasal postérieur, un certain frottement sur les parois de celui-ci. Le fil avec les éponges est attiré de façon que la première éponge balaye d'arrière en avant la cavité nasale. Le polype est alors arraché et amené avec l'éponge. Quant aux deux autres éponges, elles sont destinées soit à la même manœuvre, si la première manquait son but, soit pour le tamponnement postérieur de la fosse nasale au cas où l'ablation du polype serait suivie d'une forte hémorragie.

Chez les deux malades de M. Kurz, la première éponge a suffi à détacher le polype, et l'hémorragie a été si insignifiante qu'il fut inutile de recourir au tamponnement. Notre confrère coupa simplement le fil et enleva les deux éponges par la bouche.

D'après M. Kurz, ce même procédé pourrait être employé pour l'extraction, de la cavité nasale, de certains corps étrangers dont l'accès est difficile. *(Ibid.)*

Ponction hypogastrique de la vessie.

Par le professeur DENEFFE.

Académie de médecine de Bruxelles.—(Séance du 23 janvier 1890.)

Un homme de 70 ans, prostatique, est pris de rétention d'urine ; toutes les tentatives de cathétérisme restent infructueuses. Le cinquième jour seulement, la situation devenant intolérable, la vessie est ponctionnée par l'hypogastre avec un gros trocart. Soulagement immédiat et complet, mais passager, car la rétention persiste. Aussi, en quinze jours, la ponction est répétée dix sept fois sans inconvénient, dans un espace de la largeur d'une pièce de 5 francs. La dix-septième ponction est exécutée à l'aide d'un long trocart courbe par M. Deneffe, qui installe et fixe à demeure une canule hypogastrique : on laisse échapper par celle ci un verre d'urine toutes les deux heures. Au bout de cinq jours, la canule métallique est remplacée par une sonde en caoutchouc. Un mois après son début, la rétention cesse, et la miction naturelle par l'urètre se rétablit ; néanmoins, on laisse encore quelque temps le drain hypogastrique, et on le supprime définitivement vingt-neuf jours après son installation. Aucune menace d'infiltration pendant tout ce temps.

Actuellement, un an s'est écoulé depuis ces divers incidents ; le sujet de cette observation jouit d'une excellente santé ; il urine aussi bien que sa grosse prostate le lui permet, et il n'a plus eu de menace de rétention.

M. Deneffe profite de cette observation pour préconiser une fois de

plus la ponction vésicale, qui se présente comme la seule ressource possible dans certains cas de rétention d'urine, et il établit l'innocuité de cette opération à l'aide d'une statistique de 302 cas, se décomposant ainsi : 20 ponctions périnéales (3 morts), 97 recto-vésicales (11 morts), 1 sous pubienne (0 mort), 1 pubienne (0 mort) et 182 hypogastriques (27 morts). Mais, d'après le détail des observations, on voit que sur ces 41 morts, 7 seulement sont imputables à l'opération. En somme, la mortalité est de 2.3 p. 100.

Pour M. Deneffe, l'impossibilité du cathétérisme dans la plupart des rétentions est due moins à un obstacle matériel constitué par l'augmentation de volume de la prostate qu'à une contracture spasmodique des muscles qui enveloppent l'urètre postérieur. Si l'on n'irrite pas le canal par des tentatives intempestives de cathétérisme pendant que la vessie est drainée, le spasme cesse au bout de quelques jours et la miction normale se rétablit.

L'orateur n'est pas hostile à la ponction capillaire aspiratrice qu'il a souvent pratiquée avec succès ; mais dans bien des cas, dit-il, celle qu'on exécute à l'aide d'un gros trocart est préférable, car elle permet de laisser une canule à demeure.

M. Thiry accepte la ponction vésicale dans les cas de retentions d'origine prostatique, mais il croit cette opération contre indiquée quand la cause de la rétention est un rétrécissement. Ici, la ponction est purement palliative, et, il faut, suivant lui, s'attaquer de suite et directement à la cause même de la rétention, c'est-à-dire au rétrécissement.

M. Debaisieux, tout en admettant l'innocuité de la ponction, croit qu'elle ne doit être pratiquée que si toutes les tentatives de cathétérisme ont échoué. D'une manière générale, il préfère le trocart capillaire avec aspirations au gros trocart : l'emploi de celui-ci ne trouve son indication que si les ponctions doivent être souvent et longtemps répétées, car alors il permet l'introduction et la fixation d'une canule à demeure. M. Debaisieux n'admet pas la théorie du spasme invoquée par M. Deneffe pour expliquer l'impossibilité du cathétérisme, parce que : 1^o le point d'arrêt des sondes, en pareil cas, est la prostate, et non la portion musculo-membraneuse de l'urètre ; 2^o un spasme urétral ne dure pas des jours et des semaines. Il croit plutôt à la déformation du canal produite mécaniquement par la congestion d'une prostate préalablement hypertrophiée, car, dit-il, les sondes coudées ou bi-coudées, avec ou sans mandrins, passent lorsque les instruments d'autres formes sont arrêtés.

Un nouveau procédé de sutures tendineuses.

Parmi les difficultés que peut présenter la suture des tendons, il en est une qui s'observe assez fréquemment comme peuvent en témoigner ceux qui ont fait ce genre d'opérations. Souvent, au moment où l'on serre la suture (qu'il s'agisse de fil de soie, de catgut et *a fortiori* de fils métalliques), le fil destiné à en réunir les deux bouts en dissocie les fibres, coupe, comme on le dit, et la réunion est manquée. On recommence alors la manœuvre jusqu'à ce que l'on réussisse ; mais un échec définitif partiel ou total est parfaitement possible.

C'est pour remédier à cet accident que M. Gangolphe a cru utile de publier un petit procédé qui lui a donné récemment un excellent résultat. Les conditions défavorables à la suture sont tantôt la glacité et la structure aplatie, fasciculaire des tendons ; tantôt la rétraction considérable du bout central ; quelquefois la puissance de la contraction musculaire fera sauter un point laborieusement placé : dans d'autres cas, enfin, le traumatisme lui-même aura non-seulement coupé, mais encore effiloché le tendon sur une étendue plus ou moins grande. Exemple : les tendons extenseurs des doigts sectionnés se rétractent généralement moins facilement que ceux des fléchisseurs, il est plus facile de mettre leurs extrémités en rapport ; mais à cause de leur forme aplatie, de leur structure plus nettement fibrillaire, les fils, surtout s'ils sont métalliques, les diminueront facilement.

Les tendons fléchisseurs, arrondis en cylindre, a texture plus serrée, résistent davantage ; mais il est généralement nécessaire d'exercer une traction énergique à cause de leur rétraction plus marquée, d'où possibilité de la production du même accident. Pratique-t-on la suture d'un tendon régi par un groupe musculaire puissant, le tendon d'Achille, par exemple, on peut voir sauter une réunion presque entièrement achevée, par suite d'une contraction brusque et involontaire du sujet complètement anesthésié.

Enfin, comme l'a dit plus haut M. Gangolphe, le tendon peut être coupé et effiloché par le traumatisme.

Un malade du service de M. Gangolphe, pour une plaie contuse du dos de la main produite par une bielle de machine à vapeur, offrait un exemple type de ce genre de difficulté. La peau de toute la région dorsale de la main et du poignet, déchirée, rétractée sous forme de lambeaux enroulés, laissait à nu les tendons intacts, à l'exception de celui de l'extenseur propre de l'index qui était coupé et effiloché sur une longueur de 4 à 5 centimètres. La plaie, pansée antiseptiquement la veille, fut de nouveau lavée et soigneusement désinfectée et débarrassée des débris de tissus cellulaires et de caillots. Anesthésie à l'éther ; applications de la bande d'Esmarch, de manière à refouler

vers la périphérie le bout central ; ce dernier facilement est retrouvé, mais l'emploi de la suture ordinaire est impossible à cause de l'état de dilacération du bout périphérique ; ce dernier n'aurait pas pu même être anastomosé à un tendon voisin ; il est évident que l'on ne pouvait pas non plus songer à dédoubler le bout central pour l'allonger.

M. Gangolphe a eu recours alors au procédé suivant : une pince de Spencer-Wells saisit, en les réunissant, les fibrilles tendineuses du bout périphérique ; de chaque côté de ce paquet, et à peu de distance de son extrémité, M. Gangolphe fait deux très petites encoches à l'aide de ciseaux, de manière à établir comme des crans d'arrêt. Il applique ensuite en ce point une ligature serrée avec un fil de catgut ; même manœuvre pour le bout central. Ceci fait, M. Gangolphe suture à l'ordinaire les deux bouts tendineux, en serrant aussi vigoureusement qu'il le veut et sans crainte de voir le fil glisser en dissociant, puisqu'il est arrêté et maintenu par les deux ligatures circulaires préalables.

Cet artifice peut, à l'avis de M. Gangolphe, rendre de très grands services non-seulement dans ces cas, mais encore dans des circonstances où la suture ordinaire peut être employée. En ce qui concerne le tendon d'Achille, par exemple, la ligature préalable d'une partie de ce tendon, tout en consolidant la suture, aurait pour avantage incontestable de la faciliter en maintenant absolument en contact les deux bouts jusqu'à ce que l'opération soit terminée.

Si l'on n'a pas à craindre la nécrose de la petite extrémité liée, on peut se demander si l'épaississement tendineux résultant de la ligature est sans inconvénient lorsqu'il s'agit de tendons glissant comme les fléchisseurs dans des gaines souvent étroites.

Pourrait-on déterminer ainsi de véritables doigts à ressort ? M. Gangolphe ne le croit pas, car l'expérience journalière, en nous enseignant la disparition progressive par l'exercice d'adhérences, de néoplasies inflammatoires, nous permet de penser qu'il en serait de même pour les petits nodules produits par la suture précédée de ligatures au catgut.

— *Union médicale.*

Différence congénitale, pouce surnuméraire.

Le Dr Marck S. Wade signale dans "*The Lancet*" un cas de difformité congénitale qu'il a observé dans sa clientèle. Le 6 novembre 1886 une jeune femme, primipare, donnait le jour à une petite fille en parfaite santé ; mais elle portait à la main gauche un pouce surnuméraire large à son extrémité, mais réduit à un simple isthme de peau à son point d'insertion. La main droite était parfaitement normale.

Trad. par le Dr M. B.

Injectons sous-cutanées de bichlorure de mercure dans la pustule maligne.

S. Hornsey Casson a traité avec succès, par des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure, quatre pustules malignes (deux à la lèvre inférieure, une à l'avant-bras, une à la nuque). Les injections furent faites avec une solution de 1/1000 et variaient entre 3 gr. 75, 7 gr. 50, répétées 2-4 fois à 2-3 jours d'intervalle. Les douleurs et les phénomènes inquiétants disparaissaient ordinairement dès la première injection. En même temps, il pansa la pustule avec du lin imbibé de la même solution.

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Placenta prævia, par F. BRANTON HICKS, M. D., Londres.

(*Gazette Médicale de Liège*, 1890).

I. Quand le placenta est inséré au tiers inférieur de l'utérus, il y a probabilité d'hémorragie. Si l'insertion est centrale ou marginale, on doit s'attendre à une hémorragie avant ou pendant le travail, soit prématurément, soit à terme.

II. Lorsque l'hémorragie s'est déclarée, la malade est en danger et en danger d'autant plus grave qu'il y a probabilité que l'hémorragie se renouvellera.

III. La position relative du placenta sur le col n'a aucune influence sur la fréquence ou la quantité de la perte du sang. En un mot, que l'insertion soit centrale ou marginale, le danger est le même.

Règles à suivre :

1^o Le diagnostic de placenta prævia posé, il faut procéder, dans le plus bref délai, à la terminaison de l'accouchement.

2^o Quand l'opération est commencée, il ne faut plus quitter la malade.

3^o Quand le col est entièrement dilaté et que le placenta est marginal, il faut rompre les membranes et voir si la tête est poussée vers le col pendant les douleurs.

4^o Si la tête tarde à descendre, il faut employer les forceps ou faire la version.

5^o Si le col est mince et si le placenta le recouvre plus ou moins, il faut détacher celui-ci avec précaution sur tout le pourtour du col. S'il ne survient pas d'hémorragie, on peut ensuite attendre une heure ou deux. Si le col n'est pas dilaté et si l'on n'a pas un dilateur sous la

main, on peut dilater le col. Si l'on juge que le forceps puisse être aisément appliqué, il faut l'appliquer, sinon il faut faire la version bipolaire par manœuvre interne et externe combinées. Le col est, de cette façon, tamponné par les membres ou le siège du fœtus. Cela fait, on laisse agir la nature en agissant, comme dans l'accouchement, par les pieds ou par le siège.

6° Si le col est mince et si l'on n'a ni forceps ni dilateur, il faut faire la version.

7° Si pendant les manœuvres ci-dessus il survient une violente hémorrhagie, il vaut mieux terminer la version par l'extraction du fœtus.

8° Quand le fœtus est mort ou quand le travail se déclare avant la fin du septième mois, il faut faire la version et ensuite abandonner le reste à la nature.

L'auteur déclare que c'est la méthode qui donne sinon les meilleurs, du moins le plus de bons résultats. La mortalité, dans le cas de *placenta prævia*, était autrefois de 30 p. 100. Elle se réduit par cette méthode à 5 p. 100.

P. N.

De la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine.

La mort du fœtus est un accident qu'il n'est point très rare d'observer dans le cours de la grossesse. Dans un certain nombre de cas, lorsque le fœtus est mort, le travail ne tarde pas à se déclarer et l'utérus se débarrasse du produit de la conception et des annexes.

Il n'en est pas toujours ainsi : le fœtus mort peut être retenu pendant un certain temps dans la cavité utérine. Quelles sont les modifications que subissent alors le fœtus et les différentes parties constituantes de l'œuf? A quels signes peut-on reconnaître la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine? Quelle est la conduite à tenir.

Les phénomènes de cette rétention varient avec l'âge auquel la mort vient frapper le fœtus. Lorsque l'embryon succombe pendant les 2 ou 3 premiers mois de la vie utérine, il *se dissout*, ce qui s'explique par suite de la composition chimique du corps de l'embryon, qui est surtout formé d'eau. Le temps nécessaire pour que cette dissolution s'opère est court dans les premières semaines, plus long dans le 2^e mois. Le liquide amniotique est plus épais et d'apparence plus louche, quelquefois laiteux. Au moment de l'expulsion de l'œuf, on ne trouve plus de traces du fœtus; d'où les dénominations *d'œufs clairs*, *d'œufs vides*, *de faux germes*.

Pendant la 2^e période de la vie intra-utérine, le fœtus mort subit des altérations qui ont été fort bien décrites par Lempereur: le fœtus, plongé dans le liquide amniotique comme un fruit dans une liqueur, y

éprouve quelques-uns des changements qu'on observe dans le dernier cas. Les tissus encore mous se concentrent, se resserrent, se condensent ; ils diminuent de volume, se réduisent à une couche plus mince, se raccourcissent en un mot : d'où les dénominations *d'atrophie, momification* ou *dessiccation du fœtus*. Le fœtus prend une coloration terreuse, grise, jaunâtre et terne. Le liquide amniotique terreux, épais, finit par disparaître, en déposant sur le fœtus un sédiment analogue au dépôt des eaux débordées."

La *macération* est l'altération du fœtus la plus fréquemment observée ; elle se produit presque constamment quand le fœtus est frappé de mort, depuis le 5^e mois jusqu'à la fin de la grossesse sous l'influence de l'eau et de la chaleur seulement ; la décomposition est lente, elle évolue sans production de gaz, d'odeur, de teinte verte cadavérique : elle ne retentit en aucune façon sur l'organisme maternel. Le corps du fœtus macéré semble ramolli en entier et s'affaisse sur lui-même ; tous les tissus sont infiltrés, imbibés par une sérosité rougeâtre qui les teint en rouge-brun plus ou moins foncé. La peau est brunâtre, rouge ou parcheminée, tantôt couverte de phlyctènes, tantôt dépouillée de son épiderme, selon la durée plus ou moins longue de la macération. Le tête est plus ou moins déformée, les os du crâne chevauchent les uns sur les autres. Le ventre aplati, élargi, est déjeté latéralement.

Le thorax a perdu sa voussure normale. Le liquide amniotique est rosé.

La putréfaction ou *décomposition* putride du fœtus ne s'observe que quand l'œuf est en communication directe avec l'air, par suite de la rupture des membranes ; elle est plus rapide, lorsque la rupture des membranes se fait après la mort du fœtus ; elle est d'autant plus rapide que la mort remonte à une époque plus éloignée. Les altérations dans la putréfaction portent à la fois sur la consistance des tissus, leur couleur, leur odeur : par suite de l'infiltration gazeuse, tous les tissus crépitent et les différentes parties du corps acquièrent rapidement des proportions énormes. Une teinte livide et verdâtre se montre sur les téguments et une odeur d'une fétidité épouvantable se répand. C'est alors qu'on voit se développer la physométrie.

Quelles sont les modifications que subit l'organisme maternel, lorsque le fœtus meurt pendant la grossesse ? Tant que l'œuf est intact, il ne se produit aucun symptôme morbide chez la mère, quelque soit la durée de la rétention : on observe chez la femme la cessation des phénomènes dits sympathiques de la grossesse ; puis se montrent d'une façon plus ou moins accusée, suivant l'âge de la grossesse, l'affaisse-

ment du ventre et le gonflement des seins. Cette fluxion mammaire apparaît du 2^e au 4^e jour après la mort du fœtus.

Pendant la première partie de la grossesse, les sensations fournies par le palper sont parfois un peu vagues. Tantôt l'utérus est perçu difficilement et on a la plus grande peine à en apprécier le contenu tantôt, au contraire, l'utérus se reconnaît facilement et se présente sous la forme d'un globe constamment dur ; la contraction est alors permanente et l'expulsion ne doit guère tarder ; tantôt enfin l'utérus forme une tumeur molle, élastique, qui se contracte de temps à autre sous la main. L'auscultation donne des résultats négatifs et le toucher ne renseigne guère. Lorsque le fœtus est mort pendant la seconde moitié de la grossesse, le palper permet le plus souvent de percevoir non-seulement les modifications de forme, de volume de l'utérus, mais encore d'apprécier l'état du fœtus.

Dans les premiers jours qui suivent la mort du fœtus, les sensations sont sensiblement les mêmes que quand le fœtus est vivant : on ne constate que l'absence des mouvements actifs. Peu à peu les parties fœtales sont moins nettement perçues ; leur résistance, leur tonicité, s'atténuent graduellement. La tête perd ses caractères ; la régularité de la forme, la résistance, s'amoindrissent, puis disparaissent. Quelquefois la pression exercée par le doigt au niveau des os de la voûte détermine des sensations de crépitation osseuse, due au chevauchement et au frottement des os les uns sur les autres.

Lorsque l'œuf est ouvert, les germes du dehors produisent rapidement la putréfaction du fœtus ; l'organisme maternel ne tarde pas à être profondément influencé : on observe tous les symptômes généraux et locaux de l'infection putride (frisson, fièvre, etc.) En même temps, les liquides et les gaz qui s'échappent des organes génitaux ont une odeur de plus en plus infecte.

Quant à la conduite à tenir, elle diffère suivant que l'on se trouve en présence d'une des quatre éventualités suivantes :

1^o *Le fœtus est mort, l'œuf est intact, il n'y a pas de début de travail.*

L'expectation doit être absolue : toute intervention ayant pour but de faire naître les contractions efficaces est *mauvaise et dangereuse*. Il faut se contenter d'un traitement prophylactique et rendre le vagin aseptique : des irrigations vaginales antiseptiques sont faites 2 fois par jour, soit avec les sels de mercure (biiodure ou bichlorure), soit de préférence avec le naphthol ou l'acide phénique. Si la femme est albuminurique, il ne faut pas employer les sels mercuriels.

2^o *Le fœtus est mort, l'œuf intact, il y a début de travail.* Il faut tout faire pour l'antisepsie aussi sévère que possible et pour éviter la

rupture prématurée des membranes ; il faut donc s'abstenir autant que possible du toucher ou tout au moins ne le pratiquer qu'avec prudence dans l'intervalle des contractions. Pour hâter le travail, les irrigations chaudes sont seules employées. De plus, au moment de la délivrance, il faut être plus sobre que jamais de tractions intempestives ; si le décollement tarde à se faire, on répète les injections intra-utérines toutes les demi-heures ; si malgré ces moyens, le placenta reste adhérent, on pratique la délivrance artificielle, non pas avec les instruments, mais avec les doigts ou la main.

3° *Le fœtus est mort, l'œuf ouvert, il n'y a pas de début de travail.* Il ne faut pas attendre le début des accidents pour intervenir ; il faut provoquer le travail et, en quelques heures, en se servant du ballon Champetier de Ribes, la dilatation est suffisante pour permettre l'expulsion ou l'extraction.

4° *Le fœtus est mort, l'œuf est ouvert, il y a début de travail.* Il faut accélérer autant que possible le travail, c'est-à-dire pratiquer des injections antiseptiques vaginales ou intra-utérines. Si elles sont insuffisantes, si des phénomènes de putréfaction s'observent on a recours au ballon Champetier de Ribes pour hâter la dilatation.

Le Vomissement utérin.

Tout le monde connaît les vomissements dus à l'état gravide de l'utérus ; mais ce que l'on sait beaucoup moins, c'est qu'en dehors de la grossesse toute fonction ou maladie de l'utérus peut donner lieu à des vomissements dits sympathiques ou réflexes.

Le vomissement utérin est essentiellement subordonné à l'état de l'utérus ; aussi ne le rencontre-t-on qu'à partir du moment où cet organe s'éveille, c'est-à-dire aux environs de la puberté. Mais diverses causes tenant, soit au sujet, soit à des circonstances extérieures, peuvent le provoquer, ou tout au moins en hâter l'éclosion.

Le milieu dans lequel vivent les femmes, leur genre d'existence jouent certainement un grand rôle dans l'apparition du réflexe. Tandis qu'on le trouve assez rarement à l'hôpital, il est beaucoup plus fréquent dans la classe aisée, et plus fréquent encore à Paris qu'à la campagne. Cette différence de fréquence n'est malheureusement que trop facile à expliquer, et on retrouve ici cette grande cause aggravante des réflexes utérins, c'est-à-dire la civilisation ou mieux l'éducation.

Si pour le diagnostic, le vomissement n'a, le plus souvent, qu'une valeur tout à fait accessoire, il n'en est pas de même pour le pronostic et le traitement. Sans atteindre la gravité qu'ils ont dans la grossesse, quand ils deviennent incoercibles, ils n'en laissent pas moins de devenir parfois alarmants. Pour les menstrues, ils cèdent assez rapide-

ment avec la cause qui ne persiste qu'un temps très court ; mais pour la ménopause ils peuvent se prolonger ; pour les affections utérines et péri-utérines, ils peuvent singulièrement noircir le pronostic. Enfin, dans l'observation des vomissements consécutifs aux rapports sexuels, on conçoit de quelle importance ils peuvent devenir lorsqu'ils résistent aux modes de traitement.

Arau, Nouat et Courty avaient déjà signalé ces vomissements réflexes et M. Loury vient, dernièrement, d'y consacrer sa thèse avec beaucoup d'observations personnelles. On peut diviser ces vomissements d'après leur origine fonctionnelle ou pathologique en :

Vomissements de la puberté, qui apparaissent lorsque les menstrues s'établissent. Ces phénomènes disparaissent généralement avec l'apparition du sang.

Semblables sont les *vomissements de la menstruation*, qui se renouvellent à chaque époque menstruelle dans les quelques jours prémoniteurs.

On a cité des vomissements qui revenaient après les rapports sexuels sans aucune lésion utérine d'ailleurs.

Enfin les vomissements de la ménopause qui sont essentiellement intermittents et finissent toujours par cesser.

Le traitement ne peut être que très palliatif et n'a de succès que lorsque la cause qui occasionne ces vomissements est éloignée.

Nous avons observé souvent des vomissements produits par la présence d'un corps fibreux de l'utérus ou même d'accidents périmétritiques chroniques. Ils sont bien connus des gynécologues, mais on n'avait pas assez insisté sur les vomissements utérins en dehors de toute altération de l'organe.

Dr G.

Réapparition des règles, puis grossesse chez une femme à laquelle on avait enlevé les deux ovaires.

Une jeune femme de vingt-trois ans a des douleurs permanentes dans la région des ovaires ; elle perd à peu près continuellement une petite quantité de sang. La vie, pour elle est devenue très pénible : Anderson, (de Glasgow), lui enlève les deux ovaires. Tous deux présentent des traces d'ovarite chronique : le gauche est kystique. Après l'opération, les douleurs disparaissent, ainsi que la métrorrhagie. La malade est enchantée. Quatre mois après, les règles se montrent et durent quatre jours. Elles se reproduisent ainsi pendant six mois. La jeune femme se marie, devient enceinte et accouche d'un enfant mort-né.

On a vu des hommes privés de leurs testicules avoir cependant des

enfants ; la malignité publique n'était pas embarrassée pour expliquer semblable fécondité. Avec une femme privée de ses ovaires, l'interprétation deviendrait beaucoup plus difficile si l'on ne connaissait l'existence des ovaires supplémentaires.

Il est curieux, toutefois, de constater que non seulement la menstruation, mais aussi l'ovulation se soient rétablies avec une pareille régularité et que la conception ait eu lieu après une castration en apparence complète. *(Brit. med. Journ.)*

Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels.

(Revue de Thérap. 1890, 18).

M. le docteur Jules Chaigneau consacre à ce sujet sa thèse inaugurale, dont voici les principales conclusions en ce qui concerne chaque anesthésique pris en particulier :

Chloroforme.—Le chloroforme en obstétrique est l'agent le plus facile à manier, à condition qu'il soit chimiquement pur. Donnée à petite doses, au moment de chaque contraction utérine, il détermine une analgésie plus ou moins complète, mais suffisante ordinairement pour terminer le calme chez les personnes nerveuses ou épuisées. Il régularise les contractions utérines et facilite l'abaissement de la partie fœtale en relâchant le périnée.

Le chloroforme ne semble avoir aucune action bienfaisante, au contraire, sur la marche du travail, sur la délivrance, sur la production des hémorragies post-partum et sur les suites de couches.

Il est indiqué dans tous les cas de douleurs trop grandes, de contractions irrégulières de l'utérus, de contraction spasmodique et de rigidité du col, de rétention placentaire par contraction utérine, de résistance du périnée et de tranchées utérines mal tolérées.

Les seules contre indications du chloroforme sont : La chloro-anémie avec tendance aux lipothymies, la syncope, l'idiosyncrasie. Les affections pulmonaires aiguës ou chroniques, les maladies du cœur, du rein, du système nerveux ne doivent pas arrêter le médecin prudent dans l'emploi de cet anesthésique.

Enfin le chloroforme n'a aucune action fâcheuse sur la mère ni sur l'enfant.

Chloral.—L'anesthésie produite par le chloral, subordonnée à la quantité employée du médicament, n'est pas immédiate, et sa durée est relativement plus longue que celle du chloroforme.

Le chloral est sans danger pour l'enfant de même que pour la mère, à moins qu'elle ne soit très épuisée ou atteinte d'une affection cardia-

que. Dans ce cas, il ne devra pas être employé, pas plus que lorsque l'enfant souffre, ou que son état ou celui de sa mère nécessitent une intervention rapide. On devra alors lui préférer le chloroforme.

Le chloral, administré par la voie stomacale ou le rectum, sera employé surtout pendant la période de dilatation.

Ether.—En règle générale, l'éther doit être abandonné dans la pratique courante; il est inférieur comme anesthésique au chloroforme, et, de plus, il présente un danger trop sérieux: son inflammabilité.

Morphine.—Son action paralysante sur la fibre musculaire de l'utérus est une contre indication formelle à son emploi dans le cours du travail pour combattre la douleur.

Amylène.—L'amylène produit une anesthésie prompte, moins profonde et moins durable que le chloroforme; mais il a comme inconvénients: son odeur peu agréable, sa grande volatilité et son inflammabilité facile, autant de causes qui doivent le faire abandonner.

Bromure d'éthyle.—Le bromure d'éthyle ne semble pas dans tous les cas faire disparaître la douleur et son action sur les contractions utérines est loin d'être toujours favorable. Ces raisonnements ne doivent donc pas faire préférer ce corps à un autre agent anesthésique.

Hypnotisme.—L'hypnotisme est un agent infidèle, et par ce fait, à rejeter. Il demande, pour être employé, un médecin très exercé, des malades spéciales, etc.; encore les résultats obtenus sont-ils fort problématiques. En effet, si les douleurs disparaissent avec une facilité relative pendant la période de dilatation, ce résultat est exceptionnel pendant l'expulsion.

Antipyrine.—L'antipyrine administrée à dose suffisante dans le cours du travail rendra comme analgésique de grands services. Les injections d'antipyrine (1 gramme) paraissent préférables aux lavements pour les raisons indiquées plus haut.

Cocaïne.—Dans certains cas, la cocaïne pourra être une précieuse ressource pour atténuer les douleurs au moment du passage de la tête à travers le canal vagino-vulvaire.

Protoxyde d'azote.—Ce corps, comme anesthésique, ne présente usqu'à ce jour aucun avantage pratique.

Méthodes composées.—Faute d'observations, l'auteur ne peut encore se prononcer sur l'emploi des méthodes mixtes dans le cours de la parturition. Les travaux publiés à ce sujet sont relativement peu nombreux et traitent la question bien plus dans le sens chirurgical qu'obstétrical.

PÆDIATRIE.

Diagnostic de la stomatite chez les enfants.

Après avoir fait ressortir l'importance exceptionnelle que l'on doit accorder dans la clinique pédiatrique à l'examen de la bouche, et après avoir indiqué les règles propres à rendre cet examen bien complet, le docteur Deschamps étudie, au point de vue diagnostique, les diverses variétés de stomatites que l'on peut rencontrer dans l'enfance. Le premier symptôme de la stomatite érythémateuse est l'augmentation de la température buccale; cette affection s'accompagne fréquemment d'herpès labial, surtout si elle est due à l'action du froid ou à des troubles gastriques. Dans la fièvre typhoïde, il existe une stomatite érythémateuse dont l'intensité est en rapport direct avec la température générale. Il en est de même dans la pneumonie, mais ici sa durée est moins longue. Dans les fièvres exanthématiques, la bouche est toujours atteinte (varicelle, variole, scarlatine, etc.)

Chez les enfants cachectiques, on rencontre fréquemment la glossite exfoliative marginale, affection que plusieurs auteurs considèrent comme de nature syphilitique.

Dans la première dentition, il existe aussi presque constamment une stomatite qui d'habitude reste localisée.

La coqueluche s'accompagne aussi d'une stomatite localisée avec une petite ulcération sur le frein de la langue, quelquefois sur la pointe et même sur la face dorsale de cet organe. C'est là un symptôme très caractéristique.

Dans la stomatite aphteuse, l'éruption peut se faire indifféremment sur toutes les parties de la bouche.

L'herpès buccal est caractérisé par la présence de vésicules petites disposées en groupe; il s'accompagne d'herpès labial.

Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, les phénomènes locaux sont précédés des phénomènes généraux; la lésion est unilatérale et provoque une fétidité extrême.

Le diagnostic des altérations syphilitiques n'est pas bien difficile si l'on tient compte de tous les autres symptômes.

La stomatite diphthérique est ordinairement consécutive à l'angine de même nature, de sorte que les caractères de l'une et de l'autre se confondent.

Enfin, le noma est une affection secondaire et offre à l'observation des caractères tellement spécifiques que le diagnostic en est des plus faciles. La même remarque est applicable au muguet.

(*Arch. ital. de Pédiatrie et Journ. d'accouch.*)

Traitement de la diphtérie par l'iodure de potassium.

M. S. Zenenko (*Wraclit*, n° 42, 1890) a obtenu des résultats très encourageants en administrant aux diphtéritiques de l'iodure de potassium à l'intérieur. Les grandes personnes prenaient jusqu'à 4 grammes par jour ; les enfants âgés d'un jusqu'à quatorze ans prenaient par jour, deux fois autant de grains (5 centigrammes) qu'ils avaient d'années. On administrait l'iodure de potassium jusqu'à l'apparition des symptômes d'iodisme, ce qui arrivait ordinairement du deuxième au quatrième jour de la maladie. En cas de faiblesse cardiaque, les malades prenaient en même temps des toniques. L'auteur ne faisait à ses malades ni badigeonnages, ni cautérisations dans la gorge, puisqu'il les considère comme irritants et inutiles. En revanche, il faisait faire à ses malades des pulvérisations et des gargarisations avec une solution d'acide borique et d'acide salicylique de 2 à 3 pour 100. Aux enfants, il faisait des lavages pharyngiens. Tous les malades recevaient des frictions à l'onguent mercuriel dans la région des glandes sous-maxillaires (1 gr. 50 deux fois par jour). Vers la fin du traitement, on administrait aux malades du chlorhydrate de quinine, à titre de fortifiant. Cette méthode a été appliquée en tout à vingt-huit malades. Aucun de ces malades n'est mort. En même temps, dans un autre service de l'hôpital, où l'on traitait les malades par d'autres méthodes, sur dix-neuf cas, seize sont morts ! Mais dans un autre hôpital encore, où les conditions hygiéniques sont pourtant meilleures que dans le service de l'auteur, pendant la même épidémie, la mortalité était de 50 pour 100.—(*Bullet. de Thérap.*)

Le diabète sucré chez les enfants.

Par C. STERN, *Arch. für Kinderheilk.*, 1890.

L'auteur a réuni 117 cas de diabète sucré dans l'enfance ; il aurait pu en trouver un plus grand nombre, puisque Külz, 1878, nous a fourni un relevé de 111 cas, auquel Leroux (*Thèse de Paris* 1881) a ajouté un tableau de 39 cas.

Contrairement à ce qui existe à l'âge adulte où la maladie frappe surtout le sexe masculin, les filles sont plus souvent diabétiques que les garçons ; la proportion est, d'après Stern, de 5 filles pour 3 garçons. Redon admettait, dans le même sens, le rapport de 4 à 3.

Pour ce qui concerne l'âge, l'influence est nulle au dire de Stern. Leroux au contraire, montre que les cas signalés ont trait surtout à des enfants de 11, 12, et 14 ans.

L'influence de l'hérédité, n'est pas douteuse, il semble que les garçons héritent spécialement le diabète de leur père et les filles de leur mère.

Les maladies prédisposantes sont le catarrhe gastrique, la maladie de Werlhof (hémorrhagies cérébrales probables), la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente, la rougeole, etc.

Dans quelques cas la glycosurie résulte d'une alimentation défectueuse, de l'abus des féculents, des graisses, du sucre.

On peut invoquer aussi le refroidissement, les commotions cérébrales (chutes, coups sur la tête). Souvent enfin l'étiologie est obscure.

Les symptômes sont variables. En général le début est insidieux, les enfants pâlisent et maigrissent, deviennent paresseux, tristes, craintifs, ils dorment mal ; l'odeur de l'haleine rappelle l'odeur des pommes. Puis surviennent la polydipsie et la polyurie ; moins habituels sont les troubles digestifs, la polyphagie, la céphalée. La quantité d'urine oscille entre 1500 cc, et 4 litres. La densité n'a jamais dépassé 1042, et la quantité de sucre 10 0/0. L'urée augmente.

Souvent on note l'affaiblissement, l'anémie, les vertiges, les épistaxis répétées, la sécheresse de la peau, les furoncles, les abcès, les ulcérations de la peau. La langue est sèche, chargée, la salive contient du sucre qui, se transformant en acide lactique, provoque la carie dentaire. Parfois, au lieu de polyphagie et de polydipsie, il y a inappétence et absence de soif.

Quelques enfants meurent de pneumonie, le plus souvent ils succombent dans le marasme ou sont emportés par le coma diabétique. Chez les enfants, la phtisie pulmonaire diabétique est rare (Leroux).

La durée de la maladie peut être très brève : quelques jours, quelques semaines ; mais elle se prolonge parfois pendant plusieurs années. La marche de la maladie est plus rapide chez les enfants très jeunes que chez les autres. Quand le diabète a duré un an, on peut le considérer comme incurable.

Le pronostic est toujours grave. Stern partage, sur ce point, l'avis de Bence Jones, de Senator, de Külz. de Leroux qui considèrent la guérison du diabète chez l'enfant comme exceptionnelle et qui mettent en garde contre les rechutes et les récidives dans les cas où la guérison paraît acquise.

Le traitement diététique est difficile à instituer chez les jeunes enfants, puisque le lait doit toujours constituer l'aliment essentiel. Les autres peuvent être soumis au régime approprié. Schmitz a guéri une fillette de 4 quatre ans, en lui prescrivant le bouillon, la viande, les œufs, le fromage, le petit lait (le pain, les féculents, le sucre étant interdits), et en lui donnant d'abord du bicarbonate de soude, puis de l'huile de foie de morue et du fer. On peut prescrire les alcalins, le fer, la sulfate de quinine, le salicylate de soude. Les enfants peuvent être dirigés sur Carlsbad ou Vichy. Dans un cas qui m'est personnel

(*France méd.* 6 juin 1890), l'arséniat de soude, à la dose de 2 milligrammes par jour, associé à l'huile de foie de morue et au bicarbonate de soude, a déterminé chez une fille de 10 ans une amélioration notable.

L. GALLIARD.

L'acide sulfureux dans la coqueluche.

Le traitement de la coqueluche à l'aide de l'acide sulfureux, que M. Mohn (de Christiania) a découvert par hasard et appliqué d'une façon empirique, a donné entre les mains de M. P. Boury, médecin à Séraucourt-le-Grand, des résultats très favorables.

Le mode d'application de ce traitement est des plus simples : on prend du soufre en canon, autant de fois 25 grammes que cube d'air la chambre du malade ; on fait brûler ce soufre dans un plat en terre ou en fer, qu'on dépose au milieu de la chambre après avoir étalé le linge et objets de literie ; on ferme le local à désinfecter et on laisse les vapeurs sulfureuses pendant cinq à six heures en contact avec tous les objets étendus. On ouvre ensuite et on aère pendant cinq à dix minutes seulement, puis on introduit le petit malade dans cette atmosphère et on l'y laisse toute la nuit.

Les premières inspirations produisent une ou deux quintes, puis l'enfant s'endort et les quintes ne reviennent plus, cette même nuit, qu'une ou deux fois. Le mieux se maintient la journée suivante et, si l'on a soin de renouveler ce traitement pendant plusieurs jours de suite, en dix, quinze et rarement vingt jours la coqueluche a entièrement disparu.—(*Semaine médicale*).

De l'hydrocèle des nouveau-nés.

M. le docteur Séjournet (de Revin) étudie, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, l'étiologie et le traitement de l'hydrocèle des nouveau-nés, affection que, en raison de son allure aiguë, il serait plus rationnel d'appeler orchivaginalite. M. Séjournet a constaté que les enfants qu'il a soignés pour cette affection présentaient tous de l'érythème, tantôt localisé aux parties génitales, tantôt généralisé aux fesses, aux cuisses, aux bourses et à la verge. Or, cette éruption rouge, luisante et chaude, semble devoir être considérée comme la cause de l'hydrocèle, l'affection cutanée gagnerait de proche en proche le canal de l'urètre et se propagerait par le cordon jusqu'à la tunique vaginale dans laquelle elle provoquerait un épanchement séreux. Cette progression d'une inflammation en quelque sorte érysipélateuse jusque dans la profondeur des organes génitaux, véritable infection ascendante, ne peut être mise en doute, car, dans toutes les observations citées, il y a toujours eu coïncidence de l'érythème génital et de l'hy-

drocèle, et le limbe préputial était rouge, plus ou moins fissuré et excorié ; il est donc naturel de penser que l'inflammation gagne de là facilement l'urèthre, fait qui d'ailleurs est révélé par les douleurs et les cris de l'enfant quand il urine.

On peut donc conclure que dans un très grand nombre de cas l'hydrocèle des nouveau-nés reconnaît cette origine, et comme cet érythème est le plus souvent en rapport avec les troubles digestifs de l'athrepsie, c'est de ce côté qu'il faut diriger surtout son attention. Localement, on fera des applications de pommades résolutives ou antiseptiques et on emploiera des lotions de feuilles de noyer bouillies ou de la poudre de talc fréquemment renouvelée sur l'érythème.

Nature et traitement du rachitisme.

(Dr KASSOWITZ).

Le Dr Kassowitz proteste énergiquement contre l'opinion qui consiste à rattacher le rachitisme à une diminution des sels de chaux dans l'alimentation ou à leur absorption insuffisante, grâce à une mauvaise digestion. Il pense que la cause fondamentale réside dans une inflammation du tissu osseux et non dans une insuffisance de matériaux calcaires. Lorsque Wagner eut démontré l'action spécifique du phosphore sur les os des animaux, pendant la période de croissance, il conçut l'idée d'administrer ce même produit aux rachitiques. Les résultats favorables qu'il publia pour la première fois en 1884 ont été confirmés par de nombreux observateurs. Il administre d'ordinaire le phosphore dans l'huile de foie de morue et en donne un demi milligramme par jour. Cette huile phosphorée est en règle générale bien tolérée : on peut en continuer l'usage même pendant la saison chaude. Quand elle n'est pas bien supportée, le phosphore peut être donné dans une émulsion de lipanine, un mucilage ou un sirop.

Annales d'orthopédie.

NEUSOLOGIE.

Traitement du vertige nerveux.—H. LEROUX.

Soumettre le malade à un traitement hygiénique approprié, qui consiste à éviter les veilles, les émotions, l'excès du travail ; régulariser les fonctions nutritives, conseiller les distractions, les exercices modérés, les voyages, l'abstention du tabac, l'hydrothérapie ou les frictions sèches, les bains tièdes et prolongés dix et quinze heures (Krishaber).

Dans certains cas, de légères sinapisations sur les jambes produisent des résultats favorables.—Quant aux remèdes internes, ils sont souvent très infidèles. S'agit-il d'épileptiques? on doit recourir aux bromures, soit au bromure de potassium seul, soit au mélange de bromures alcalins, dont il faut administrer pendant longtemps des doses élevées, pour obtenir un résultat sérieux.—Chez les hystériques, les douches froides se montrent parfois très efficaces.—Chez les simples névropathes, on peut tenter l'emploi de la belladone, de la valériane, du valérianate d'ammoniaque, de l'alcoolature d'aconit.—Pendant les accès, on conseille l'éther, les infusions aromatiques, l'arnica. N. G.

ELECTRICITE MEDICALE.

Du courant galvanique constant en Gynécologie.

Le Dr Apostoli a fait une lecture dont voici les conclusions générales et sommaires :

10.—Le courant galvanique constant trouve son indication principale en gynécologie dans l'endométrite et le fibrome; souverain contre les troubles circulatoires et douloureux (aménorrhée, dysménorrhée et métrorragie) il est d'un puissant secours pour arrêter l'évolution des néoplasmes bénins et aider à la résorption des exudats péri-utérins. Il exerce une action résolutive très salutaire dans beaucoup de phlegmasies péri-utérines, et dans certains ovaro-salpinges catarrhales, mais il est inefficace et même nuisible à haute dose, surtout si le pôle intra-utérin est négatif contre les phlegmasies suppurées des annexes.

Son intolérance variable qui grandira avec l'état inflammatoire des des annexes devra servir de précieux moyen de diagnostic pour nous fixer sur l'existence et la nature des collections liquides (hématiques ou suppurées) péri-utérines, méconnues ou simplement soupçonnés, et devra servir à précipiter dans ce cas une intervention chirurgicale retardée ou refusée.

20.—Les effets du courant galvanique constant sont polaires et inter-polaires—l'action inter polaire trophique et dynamique qui grandit comme le carré de l'intensité débitée se surajoute à l'action polaire; celle ci utilise d'abord chaque pôle dans un but différent qu'Apostoli fait connaître, l'action calorifique ensuite développée par le passage du courant (pour augmenter la circulation interstitielle) et enfin l'action antiseptique du pôle positif dont Apostoli et Laquerrière viennent de donner la démonstration expérimentale récente.

30 — *Les applications galvaniques élevés*, employées d'une façon variable au-dessus de 50 milliampères suivant la tolérance des malades et les multiples indications chimiques forment la base fondamentale de la méthode d'Apos'oli et trouvent leur justification :

(a)—D'abord dans l'utilisation du *drainage circulatoire*, conséquence directe de l'action calorifique due à la résistance au passage du courant et proportionnelle au carré de l'intensité ;

(b)—Dans l'action antiseptique ou microbicide qui grandit avec l'intensité débitée ;

(c)—Dans la *rapidité* et l'*efficacité* des effets produits qui sont proportionnelle au carré de l'énergie électrique d'après une formule analogue à celle de la mesure de l'énergie des autres forces naturelles : $q = \frac{1}{2} m V^2$.

(d)—Dans la *généralisation* plus facile de la méthode aux cas rebelles (fibrôme durs et sous-péritoneaux, endométrites tougueuses etc) et aux femmes jeunes.

Bureau

(e)—Dans l'*éloignement des récidives* qui, toutes choses égales d'ailleurs seront d'autant moins à redouter qu'on aura fait une application plus intense.

4°—Si l'application vaginale du courant galvanique (qui est la méthode créée par M. Chéron pour les fibrômes seulement, et appliquée depuis par A. Martin, Brachet, Ménière, Onimus, Carpenter, Muddé, etc) donne des résultats ils sont très inférieurs à ceux des applications *intra-utérines* qui doit rester la *méthode de choix* :

(a)—Parceque elle utilise avant tout le maximum du courant débité et de son énergie.

(b)—Parcequ'elle utilise l'action antiseptique du pôle positif qui est toute locale, et qui s'éteint dans le circuit inter-polaire, et au niveau du pôle négatif.

(c)—Parcequ'elle met souvent à contribution l'action dérivative et caustique de l'application intra-utérine, traitant ainsi du même coup, soit l'endométrite simple, soit l'endométrite qui complique si souvent et les fibrômes et les pblegmiasies peri-utérines assurant ainsi une guérison plus rapide, plus complète et plus permanente.

(d)—Parcequ'elle permet mieux que les applications vaginales d'atténuer la douleur et de rendre plus tolérable l'emploi des hautes doses, et qu'elle assure enfin une efficacité plus grande en rendant possible un accroissement de l'intensité appliquée et de l'irrigation sanguine qu'elle entraîne.

5°—Les galvano-punctures vaginales, faites à quelques millimètres de profondeur (de 2 à 5) à l'aide d'un trocart filiforme en or, isolé dans

toute son étendue sauf à la pointe, forment le complément souvent très salubre de la thérapeutique intra-utérine créée par Apostoli, en localisant mieux l'action galvanique, et en rendant plus efficace dans certains cas l'application des doses petites et moyennes.

6^o—L'innocuité de sa thérapeutique intra-utérine s'affirme : d'abord par l'innocuité parallèle des méthodes chimiques et sanglantes de curage intra-utérin, et surtout par les chiffres des statistiques recueillis dans le monde entier, et en particulier par la sienne : De juillet 1882 à juillet 1890, il a fait 11,499 applications galvaniques qui se répartissent ainsi : 8,177 galvano-caustiques intra-utérines positives ; 2,486 galvano-caustiques intra-utérines négatives ; 222 galvano-punctures vaginales positives ; 614 galvano-punctures vaginales négatives.

Il a traité 912 malades comprenant : 531 fibrômes, 133 endométrites simples et 248 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines et qui se divisent en :

Clinique : 313 fibrômes, 70 endométrites simples, 163 endométrites compliquées de phlegmasies péri-utérines.

Cabinet ou ville : 218 fibrômes, 63 endométrites simples, 85 endométrites compliquées.

Il a eu trois décès, imputables à des fautes opératoires (deux galvano-punctures, dont une pour fibrôme sous-péritonéal, et l'autre pour une ovaro-salpingite, une galvano caustique pour un kyste de l'ovaire pris pour un fibrôme.)

Il a observé trente cas de grossesses survenues après des applications galvaniques intra-utérines.

Dispensaire de l'Asile de la Providence, Montréal.

Total des ordonnances données depuis le mois de juillet 1890 au mois de janvier 1891, sous la direction de MM. les Doc- teurs Picotte, Fortier, Desy	10,465
Total des visites à domicile.....	1,007
Grand total.....	11,472

Dispensaire pour les maladies des enfants, sous la direction de M. le Docteur Asselin.

Total des ordonnances depuis le mois de juillet 1890 au mois de janvier 1891.....	308
Total des visites à domicile.....	154
Grand total.....	462

BIBLIOGRAPHIE

Antisepsis and asepsis before and after major gynæcological operations, by HOWARD A. KELLY, M.D., professor of Gynæcology in the John Hopkins University, gynæcologist and obstetrician to the John Hopkins Hospital.

The Rotary Element in Lateral Curvature of the spine, by A. B. Judson, M.D., New York.

A criticism of Willett's Operations for Talipes Calcaneus, by A. B. Judson, M.D., New York.

The Prevention of the Short leg of Hip Disease—The after treatment of Hip disease by A. B. Judson, M. D., New York.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le Dr J. Asselin, spécialiste pour les maladies des enfants, a transporté son bureau au No 49E, rue St-Denis.

*
* *

Le Dr Hector Roy vient d'être nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu, en remplacement du Dr Faribault, qui est parti pour l'Europe.

*
* *

M. L. A. Bernard, pharmacien, 1882, rue Ste-Catherine, vient d'importer une grande quantité de sangsues ; à la demande de plusieurs médecins, il en tiendra toujours un dépôt capable de satisfaire toute commande. — Nous félicitons M. Bernard de son esprit d'initiative.