

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTES SUR UN FIBRO-SARCÔME DU NERF SCIATIQUE. (1)

Par MM. LEGUEU, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, et MARIEN (de Montréal).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société Anatomique l'observation clinique et les pièces anatomiques d'une énorme tumeur du nerf sciatique. Cette tumeur s'était développée dans la portion fessière de ce nerf et l'observation du malade présente quelques particularités sur lesquelles nous désirons attirer l'attention de la Société.

F. X. homme âgé de 35 ans, se présente le 26 décembre 1895 à la consultation de l'Hôpital St-Louis, et nous consulte pour une tumeur qu'il porte depuis trois mois à la fesse droite. Il ne présente rien de bien intéressant à noter sur ses antécédents personnels et héréditaires.

Très robuste et bien constitué, il avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'au mois d'octobre dernier.

À cette époque, son attention fut attirée par une douleur localisée à la fesse droite et qui se manifestait surtout dans la position assise. Il remarqua alors qu'à la suite d'une longue marche ou d'une longue station debout longtemps prolongée il éprouvait de la fatigue beaucoup plus vite, du côté de son membre malade. Il ressentait de plus des engourdissements et des fourmillements dans toute la jambe.

Enfin il ne tarda pas à s'apercevoir d'une grosseur à la fesse, qui devint de plus en plus appréciable et qui fut rapidement très gênante. Il se décida alors à rentrer à l'hôpital pour être opéré.

La région de la fesse droite est saillante, une tumeur du volume d'une tête de fœtus fait fortement bomber les téguments.

Ceux-ci sont intacts, la tumeur est manifestement développée au dessous du muscle fessier. Elle est immobile sur le plan profond, dans le sens vertical, mais légèrement mobile dans le sens transversal. Douleuruse à la pression, surtout au niveau de son extrémité supérieure, de forme un peu allongée, la tumeur présente la régularité, la consistance uniforme et rénitente du sarcôme.

Et le diagnostic porté fut celui de sarcôme du sciatique ou de sarcôme développé aux dépens des muscles pelvi-trochantériens avec compression du sciatique.

L'opération fut pratiquée à St-Louis par notre maître M. Legueu, lorsqu'il prit possession du service de M. Nélaton, au mois de janvier 1896. Voici par

(1) Extrait d'une communication faite à la Société Anatomique de Paris.

quel procédé opératoire. Après chloroformisation, une première incision, longue de 12 à 15 centimètres, fut faite suivant le trajet du sciatique, une seconde incision, longue de 8 à 9 centimètres, fut menée perpendiculairement à la première, en suivant le pli fessier. Ces deux incisions, tout en donnant beaucoup de jour, permirent de mettre à nu le néoplasme. Celui-ci était nettement encapsulé, et isolé des couches musculo-aponévrotiques de la région.

Il faisait intimement partie du nerf sciatique qui disparaissait complètement en abordant la tumeur. En incisant la capsule du sarcôme, on essaya de dissocier les éléments nerveux ; ce fut en vain, tellement le nerf était confondu avec le néoplasme, et il fallut réséquer complètement le sciatique à la partie supérieure de la tumeur. Dès lors, celle-ci fut facilement séparée, par énucléation, de ses connexions avec le bout supérieur du nerf.

Une fois la tumeur enlevée, il fut possible de retrouver cependant, éparpillés à la face interne de la capsule, quelques filets nerveux. Cette capsule avec les éléments nerveux qu'elle contenait fut soigneusement conservée, fermée par quelques points de catgut, et le nerf sciatique reconstitué au niveau de la section par deux fils de soie. La couche musculaire fut réunie au catgut, la peau au crin de Florence, pas de drainage, pansement à l'iodoforme.

Les jours suivants se manifestèrent les signes d'une paralysie évidente du sciatique, anesthésie sur son territoire et paralysie des extenseurs du pied.

Deux jours après, le pansement fut défait : un volumineux hématome s'était constitué, ce qui nécessita la désunion de la plaie. Celle-ci se réunit secondairement, en trois semaines.

L'examen anatomo-pathologique nous montre que cette tumeur, de forme ovoïde, est d'une consistance plutôt dure et présente à la coupe un tissu assez résistant, qui offre une coloration blanchâtre, translucide. Par le raclage il est difficile d'obtenir un résidu quelconque. Sur une section faite à travers ce tissu, l'on voit des tourbillons ou pelotonnements séparés par des tractus longitudinaux. A l'examen microscopique des coupes, l'on constate que ce néoplasme est constitué, en majeure partie, par des cellules fusiformes qui ont un gros noyau, granuleux, se colorant fortement ; leur protoplasma est transparent et elles se terminent par deux extrémités allongées.

Elles sont de dimensions variables et s'anastomosent entre elles.

Les vaisseaux sanguins ont pour parois propres des cellules embryonnaires soudées les unes aux autres et ils affectent la même direction que celle de ces cellules.

Il est à noter que les éléments embryonnaires ont une tendance à s'organiser en tissu fibro-conjonctif, car l'on aperçoit un grand nombre de travées fibreuses répondant à la description classique du sarcôme fasciculé.

Un autre point que nous voulons envisager, c'est le résultat éloigné de l'opération. Nous avons revu le malade quatre mois après : malgré que la paralysie du sciatique fut encore manifeste, le malade avait repris ses occupations. Il marche avec une canne, reste debout une partie de la journée et utilise surtout son triceps. Ce résultat est assez curieux : nous ne pensons pas, au

moment de l'opération, que le malade, dont le sciatique était sectionné, pourrait aussi vite récupérer un état fonctionnel compatible avec ses occupations.

Nous voulons revenir sur quelques-uns des points intéressants de cette observation. Au point de vue clinique, le diagnostic exact avait été établi malgré quelques réserves : l'immobilité de la tumeur dans le sens vertical, sa mobilité très légère dans le sens transversal, l'existence de douleurs très nettes sur le trajet du sciatique étaient les éléments principaux sur lesquels nous nous basions, pour diagnostiquer une tumeur du nerf sciatique. Cependant nous avons vu un sarcome des muscles pelvi-trochantériens comprimer le nerf sciatique et donner lieu à des signes à peu près identiques. Mais la tumeur n'était pas douloureuse à la pression, et ce fait devint dans la balance d'un poids très sérieux. Nous bornons là nos réflexions et nos espérances, n'osant pas entrevoir la possibilité d'une régénération du nerf que la récurrence d'une tumeur aussi maligne viendra très probablement enrayer.

Paris, le 26 mai 1896.

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPERALE. (1)

Par E. A. RENÉ DE COTRET, M. D., professeur adjoint à
l'Université Laval.

“ Les exemples persuadent mieux que
les simples raisonnements.

MATRICEAU.—Tome II, Préface.

Au moment où la plupart des accoucheurs cherchent une solution au grand problème du traitement de l'*Eclampsie Puerpérale*, il ne serait peut-être pas sans intérêt de faire un relevé d'une pratique obstétricale qui, bien que courte, a l'avantage de présenter, en peu d'années, un grand nombre d'exemples variés.

En effet, placé dans une situation exceptionnellement favorable pour l'étude des maladies de la grossesse, nous avons pu pendant au delà de six années de service à l'Hospice de la Maternité Catholique de Montréal suivre pas à pas la femme enceinte, en connaître les misères et les souffrances ; nous avons pu apprécier au jour le jour le bon côté des différents modes de traitement et en découvrir le point faible. Comme nous avons eu surtout à lutter contre cette noire maladie qui fait le cauchemar du médecin, l'*Eclampsie Puerpérale*, nous en ferons, aujourd'hui, le sujet de notre thèse et nous prendrons pour titre : *Traitement de l'Eclampsie Puerpérale*.

Nous tracerons la marche que nous avons suivie dans chaque cas ; laissant de côté les théories qu'on s'amuse, pour ainsi dire, à amonceler, nous

(1) Thèse présentée au concours de l'Université Laval pour le titre de professeur adjoint à la chaire d'obstétrique.

nous attacherons plutôt à prouver par des faits, et des faits personnels. Nous n'irons pas chercher de statistiques dans les auteurs ou les revues. Ce sera un travail clinique, pratique. Nous montrerons autant que possible nos malades sur leur lit d'angoisse ; et, tout en donnant une idée d'ensemble des traitements de l'éclampsie, nous appuierons tout particulièrement sur la *saignée*, notre traitement favori.

Un mot, avant d'entrer dans le vif de la question, sur l'hygiène de la grossesse. Ce chapitre a une place bien marquée ici puisque c'est le traitement prophylactique de l'éclampsie.

La femme enceinte mènera une vie régulière exempte d'excès de toute sorte. Les chagrins, les joies trop bruyantes, la colère, les ennuis, les travaux rudes, les fatigues lui seront préjudiciables. Cependant, elle devra se donner de l'occupation autant que son état le lui permettra, et ne pas rester oisive : l'oisiveté lui engendrerait la tristesse, la mélancolie et un état nerveux capable de jeter la perturbation dans son économie.

Un exercice modéré au grand air permettra à ses poumons de renouveler l'oxygène dont le sang a un si grand besoin à cet époque. La sobriété dans le boire et le manger sera nécessaire. Il faudra éviter les boissons stimulantes et les mets indigestes, tenir les intestins libres et surveiller spécialement les urines.

Pour prévenir les refroidissements dont les conséquences peuvent être terribles, la femme enceinte portera de la flanelle. Ses vêtements devront être assez amples pour permettre aux organes thoraciques et abdominaux d'exercer librement leurs fonctions. Les grands lavages du corps et même les bains seront nécessaires ; ils ouvrent les pores de la peau qui vient ainsi par son bon fonctionnement au secours du rein souvent incapable de remplir sa tâche. On surveillera le sommeil, et l'air de la chambre devra être tempéré et renouvelé.

Nous avons dit qu'on devait porter une attention minutieuse aux urines ; c'est là le point capital dans l'hygiène de la femme enceinte ; c'est la clef du salut en même temps que le signal du danger. Combien de vies sauvées ! combien de malheurs évités ! si le médecin faisait toujours son devoir et avait pour règle invariable d'examiner les urines chez toute femme enceinte ! Au moins 90% des cas d'éclampsie disparaîtraient. Malheureusement beaucoup de médecins sont trop négligents et presque toujours ils peuvent dire un *mea culpa* en présence de leurs malades éclamptiques. Analysent-ils les urines, ils ne le font pas assez souvent quand ils ont une fois découvert de l'albumine. L'urine devra être examinée tant au point de vue de la qualité que de la quantité. Cette dernière a son mot à dire dans l'éclampsie.

OBSERVATION I.—Dernièrement, nous étions appelé pour une de nos patientes, Madame A. M., qui était au cinquième mois de sa deuxième grossesse. Madame M. est d'une constitution faible. Fille, elle a eu plusieurs hémoptisies ; mais depuis son mariage sa santé s'est améliorée et elle n'a plus craché de sang. Sa mère est morte de phthisie. Nous avons accouché une de ses sœurs que la même maladie a emporté pendant ses couches.

Madame M. s'est bien portée jusque vers le quatrième mois et demi : pas de vomissements, pas de syncope, bon appétit, sommeil excellent. Tout à coup elle

ressent une douleur épigastrique assez vive, apparaissent des troubles de la vue, de la céphalalgie ; les reins lui *font mal*, les *urines* deviennent *rare*s et l'analyse nous donne cinq grammes d'albumine par litre.

Comme vous voyez nous étions en présence des symptômes bien francs d'une attaque d'éclampsie imminente.

OBSERVATION II.—Quelques jours plus tard nous étions mandé auprès de la femme d'un confrère, notre ami et notre parent, le Docteur H. Cette femme en était à sa quatrième grossesse. La première s'était terminée par un accouchement long : on avait appliqué le forceps ; puis une hémorrhagie assez abondante avait compliqué ce travail laborieux. Les deux autres accouchements ont été assez faciles.

Notre malade en est donc au huitième mois et demi de sa quatrième grossesse. Cette personne assez grasse présente en outre un œdème généralisé. La figure bouffie et comme marbrée de taches livides nous laisse à peine voir deux petits yeux d'ordinaire très grands. La langue épaisse est embarrassée et peut difficilement articuler de longues phrases. La nuit il y a des engourdissements aux bras et aux mains qui prennent la forme de griffes. Il y a alors impossibilité pour la malade de remuer les mains.

La miction est fréquente, mais l'urine contient à peu près deux grammes d'albumine au litre.

Nous assistions encore aux symptômes prodromiques de l'éclampsie.

OBSERVATION III.—Autre fait : Madame S. L., une autre de nos patientes, est au sixième mois de sa première grossesse. Tout va bien ; aucun mauvais symptôme en apparence. Cependant les urines abondantes nous donnent huit grammes d'albumine au litre.

Il est certain qu'ici nous étions loin de l'éclampsie ; n'arrive-t-il pas souvent de trouver de l'albumine chez la femme enceinte ? oui, mais devant cette quantité d'albumine devons-nous nous croiser les bras et attendre ?

Chez ces trois femmes qu'avons-nous donc à faire ? Instituer de suite le traitement de l'éclampsie, traitement qui peut se diviser en deux grandes classes suivant qu'on a à prévenir les convulsions ou à les guérir.

Ainsi donc : 1o traitement prophylactique ; 2o traitement curatif.

1o TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Peut-on toujours prévenir l'éclampsie ? en d'autres mots, l'éclampsie ne devrait-elle pas toujours disparaître du tableau nosologique des femmes enceintes ? Depuis que Dieu a dit à la femme "*Tu enfanteras dans la douleur*," il est certain, quoi qu'en disent certains accoucheurs, qu'elle continuera à se choisir une proie de temps à autre. Si l'éclampsie, sans entrer ici dans le détail des causes de cette maladie, dépendait uniquement de l'albuminurie ou de l'intoxication du sang, on pourrait à la rigueur lui faire son procès ; mais l'expérience est là pour nous prouver que cette terrible maladie nous réservera toujours de ses redoutables surprises.

Quoi qu'il en soit dans les observations citées plus haut où l'analyse des urines a révélé la présence de l'albumine surtout en quantité notable ; ou quand

l'albumine manquant on remarque chez la femme enceinte de l'œdème considérable aux pieds, aux jambes, aux mains, aux parties génitales, à la face ; ou, quand les symptômes précédents faisant défaut il existe de la céphalalgie frontale, de la douleur épigastrique, des troubles de la vue, du vertige, des urines rares, il faudra de suite soumettre la femme au régime lacté, l'idéal du traitement préventif.

Tarnier formule ainsi :

Premier jour, une pinte de lait, deux repas ;

Second jour, deux pintes de lait, un repas ;

Troisième jour, trois pintes de lait, un demi repas ;

Quatrième jours et les suivants, quatre pintes

de lait ou du lait ad libitum, sans autre nourriture ou breuvage. Il débute d'emblée par trois ou quatre pintes de lait quand les prodromes de la maladie sont manifestes.

Jaccoud " conseille (1) expressément de prescrire " l'usage méthodique du " lait chez toutes les femmes enceintes indistinctement dans le but de *prévenir* " *l'albuminurie*. Un litre, dit-il puis un litre et demi de lait en vingt-quatre " heures, jusqu'à la fin du sixième mois ; deux litres jusqu'au terme, avec dé- " croissance graduelle pendant les six semaines qui suivent l'accouchement, voilà " ma méthode."

Ce conseil de Jaccoud a été salutaire dans la seconde observation que nous citons. Le Docteur H., dès le début de la grossesse de son épouse, lui avait fait boire une pinte ou deux de lait par jour. Il ne voyait pourtant rien d'anormal chez sa femme qui avait heureusement déjà conduit trois grossesses. L'urine était physiologique ; nul symptôme douteux. Il avait lu la remarque de Jaccoud et voilà ! il la trouvait bonne ; et puis le lait, ce n'est pas mauvais ! Tout allait bien jusque vers le huitième mois. Madame H. partait alors de la demeure de son mari, distante d'une soixantaine de lieues de Montréal, pour venir *passer* sa *maladie* dans notre ville

Pendant le voyage de Madame H., ses reins avaient-ils été touchés par le froid ou la fatigue ? Qu'était-il survenu ? Quelques jours après son arrivée, les urines moins abondantes contenaient deux grammes d'albumine au litre. Il se fit en peu de jours une infiltration générale, et l'œdème fut tel que nous l'avons décrit plus haut.

Nous soumettons de suite la malade au régime lacté absolu et à la limonade de crème de tartre pour la raison que nous expliquerons plus loin. Sous ce régime les symptômes s'amendèrent rapidement et Madame H. put accoucher à terme sans accident

Supposons que le régime lacté mixte n'eut pas été institué dès le début de la grossesse que serait-il arrivé ? Il est probable que, grâce au lait, les reins quelque peu frappés depuis le quatrième ou le cinquième mois ont pu fonctionner assez librement et éliminer les poisons qui, sans ce diurétique puissant, se seraient accumulés dans le sang et auraient pu dès le cinquième ou le sixième mois causer des accidents graves.

(1) *Semaine Médicale*, 1893.

“ Il est bien évident, dit Peter, que la diète lactée n'agit que comme diurétique : on faisant pisser davantage, elle désemplit le système vasculaire et diminuant ainsi la pression sanguine générale, elle diminue la pression rénale ou particulier.” Le lait est le spécitique de l'albuminurie “ peut-être comme la indiqué Bouchard, parce que le lait est un aliment insuffisant. Il diminue la surcharge d'un organisme où l'émonction se fait mal, et les malades bénéficient de la moindre introduction des liquides et de la moindre introduction des solides, surtout des aliments azotés.” (1)

Mais peut-on prendre pendant des semaines ou des mois du lait, et rien que du lait ? Vous savez que le dégoût en vient très vite et puis certains sujets ont une répugnance marquée pour cette boisson. Il est préférable de le donner seul ; mais, enfin, quand les malades le refusent, il faut user de ruses et savoir le leur donner sous une forme agréable. Dorez la pilule puisqu'on le considère comme remède. Ajoutez, par exemple, quelques gouttes de cognac, de rhum, d'anisette ou d'eau de laurier cerise, d'une infusion de thé, de café ; mettez-y un peu de caramel ou même du sel. Si le lait était mal supporté, un peu d'eau de chaux, de l'eau de riz ou d'orge, de l'eau de Vichy aident à sa digestion.

Un autre point, si la patiente ne peut pas prendre une grande quantité de lait à la fois par suite de sa répugnance, prescrivez-lui en un demi verre toutes les demi heures. Peu d'individus se refuseront à prendre une gorgée de lait. Quelquefois il sera utile de prescrire des gargarismes avec des eaux alcalines, qui nettoient la bouche, enlèvent ce goût sucré et même désagréable du lait, et empêchent les dépôts de caséine et de graisse entre les dents ou sous la langue.

Ainsi, d'après Jaccoud, il serait d'une bonne politique d'ordonner le lait tout le temps de la grossesse ; mais la plupart des accoucheurs ne le prescrivent que lorsqu'il y a des symptômes précurseurs de l'éclampsie ou lorsque l'urine contient de l'albumine en grande quantité ; puis ils discontinuent cette diète quand l'albumine disparaît. Cesser le régime lacté trop tôt, c'est-à-dire quand on ne trouve plus trace d'albumine, c'est exposer la femme à un péril caché qui n'en existe pas moins cependant ; car, comme le font remarquer judicieusement Tarnier et Jaccoud, l'empoisonnement du sang peut subsister quand toute trace d'albumine a disparu. “ Si sous cette influence (le régime lacté exclusif), nous dit Jaccoud (2), l'albumine disparaît de l'urine, il faut persister avec la même vigueur. Dans l'espèce, en effet, l'albumine n'est pas le danger, elle est simplement le signal du danger, lequel réside dans l'auto-intoxication possible du sang par insuffisance urinaire ; or, le signal peut disparaître sans que le péril soit passé ; il ne faut pas désarmer.”

Tarnier, à la séance du 31 janvier 1893, de l'Académie de Médecine faisait remarquer à M. Guéniot “ que ne sont pas seulement les femmes enceintes albuminuriques qui bénéficient du régime lacté, mais aussi les femmes qui, sans albuminurie, présentent des symptômes manifestes de toxémie. Il y a peu de

(1) *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, par le Dr Chs Vinay.

(2) *Semaine Médicale*, 1893, page 54.

“ temps, disait-il (1), j'ai eu l'occasion de voir une femme qui, sous l'influence du régime lacté, vit disparaître tous les troubles dont elle se plaignait : vertige, céphalée, troubles de la vue ; elle n'était pas albuminurique, et chose curieuse lorsque les symptômes morbides, précurseurs d'une attaque d'éclampsie eurent disparu, les urines contenaient de l'albumine.”

* * *

Le régime lacté exclusif est-il suffisant comme traitement préventif ? Tarnier nous dit qu'il n'a jamais vu d'attaque d'éclampsie survenir chez la femme soumise au régime lacté absolu depuis au moins huit jours.

Depuis quelques années que nous suivons ce régime à l'Hospice de la Maternité de Montréal, nous avons vu diminuer considérablement le nombre des éclamptiques ; mais nous croyons que si la règle de Tarnier est vraie dans la très grande majorité des cas elle souffre quelques exceptions et nous le prouvons. Nous avons obtenu des résultats plus prompts et plus probants quand nous avons ajouté au lait comme diurétique et laxatif la limonade de crème de tartre.

Nous prouvons par les observations suivantes et les trois premières citées plus haut.

OBSERVATION IV.—Julia, 23 ans, fille, primipare, accouche le 10 avril 1895 après un travail de huit heures, en O. I. G. A. Dix jours avant, la malade avait accusé de la céphalagie. Il y avait peu d'œdèmes aux pieds. L'analyse des urines nous avait donné vingt-deux grammes d'albumine au litre. Nous prescrivions le régime lacté absolu. Les jours suivants l'albumine diminuait, et la céphalée disparaissait.

Aussitôt après l'accouchement le cathéter ne ramène de la vessie qu'un peu d'urine aussi chargée d'albumine qu'à la première analyse. Treize heures après la délivrance la malade a un premier accès d'éclampsie. Rappelons que la patiente a une sœur qui a eu de l'éclampsie.

Cette fille-mère soumise pendant dix jours au régime lacté absolu, et ayant eu un accouchement facile et court, pourquoi a-t-elle des convulsions ? Le rein trop malade n'a pu éliminer à temps et en assez grande quantité les poisons du sang. Il aurait fallu un traitement actif, énergique et venir, par une autre voie, au secours de cet organe impuissant.

OBSERVATION V.—Paula, fille, 33 ans, primipare, accouche le 27 février 1895, après un travail de dix heures. L'enfant était en O. I. G. A.

L'analyse des urines faite un mois avant l'accouchement nous a donné douze grammes d'albumine au litre. Paula est soumise au régime lacté absolu sous l'influence duquel l'albumine diminue considérablement. Pendant la période d'expulsion cette femme a deux accès d'éclampsie. Huit heures après la délivrance l'urine donne à peu près huit grammes d'albumine.

Les convulsions étaient-elles causées par la maladie du rein, l'intoxication du sang ou par irritation nerveuse occasionnée par le passage de la tête dans la filière pelvienne ?

(1) *Semaine Médicale*, 1893, page 49.

OBSERVATION VI.—Ida, fille, 18 ans, primipare, vient nous consulter le 8 août 1895. Elle se croit enceinte de sept mois. Ses jambes sont œdématisées ; sa figure est bouffie. Elle se plaint de céphalalgie frontale depuis quelques jours. Sa vue est trouble. Le sommeil fait défaut depuis sept à huit jours. L'appétit manque. La miction est fréquente et peu abondante. Les selles sont quotidiennes.

Voici le tableau de l'analyse des urines :

	8 août,	7 grammes d'albumine par litre.
15	"	3 " " " "
21	"	5½ " " "
26	"	2¾ " " "
29	"	1¼ " " "
	Septembre 3,	après l'accouchement, trace d'albumine
	"	8 1¼ grammes
	"	14 2½ "

Ida a accouché le 3 septembre d'un enfant vivant à terme. Le travail a duré 10 heures, et Ida n'a pas eu d'éclampsie. L'albumine persiste en plus ou moins grande quantité quand elle laisse l'hospice trois mois après.

Voici le traitement que nous avons employé : régime lacté auquel nous avons ajouté la limonade de crème de tartre, et tous les deux ou trois jours une bonne dose de sulfate de magnésic et de sénéc.

Dans cette observation les reins étaient pourtant assez atteints par la maladie puisque l'albumine persistait encore trois mois après l'accouchement, mais la méthode évacuante employée avait empêché la pléthore ou la congestion vers les différents organes, et éliminé par l'intestin les matières toxiques.

OBSERVATION VII.—Célestine, 32 ans, fille, primipare, accoucha le 1er avril 1895. Présentation C. I. D. P. ; travail 3½ heures.

Nous avons vu Célestine un mois avant. Elle avait beaucoup d'œdèmes aux pieds, aux jambes, aux mains et à la face. L'urine rare contenait quatorze grammes d'albumine au litre. Célestine a été soumise au régime lacté, à la limonade tartarique et aux purgatifs (sel et sénéc). L'albumine diminuait peu à peu pendant que la quantité d'urine augmentait. Célestine accoucha sans éclampsie et fit de bonnes relevailles, l'albumine disparaissant complètement quelques jours après l'accouchement.

OBSERVATION VIII.—Le 4 janvier 1895 nous voyons pour la première fois Madame L. D. C'est une femme d'une taille un peu élevée, d'une constitution forte, d'un embonpoint assez prononcé. Elle est enceinte de sept mois. Elle a déjà eu trois enfants à terme après des grossesses et des accouchements assez heureux. Il y a un an et demi elle a accouché prématurément à sept mois et demi d'un enfant mort, après avoir eu une attaque d'éclampsie constituée par plusieurs accès de convulsions. Lors de cette dernière grossesse elle a eu de l'œdème généralisé, des vertiges, des douleurs épigastriques. Elle ignore s'il y avait de l'albumine dans ses urines, son médecin ne les ayant jamais analysées.

Nous examinons minutieusement cette nouvelle patiente. Elle se plaint des mêmes symptômes de sa dernière grossesse, œdème assez considérable, vertiges, constipation, envie fréquente d'uriner, mais urine rare, maux de tête. La chaleur

et l'acide urique l'ont prendre en masse l'urine qui contient vingt grammes d'albumine au litre.

Nous soumettons Madame L. D. au régime lacté absolu qu'elle accepte volontiers parce qu'elle aime beaucoup le lait. Elle en prend trois pintes dès le premier jour, puis elle augmente la quantité jusqu'à quatre pintes. Elle prend tous les matins deux drachmes de bitartrate de potasse qui lui tient les intestins libres. Nous la revoyons trois jours plus tard ; l'œdème a un peu diminué, mais les maux de tête persistent encore ; cependant la douleur épigastrique ainsi que les vertiges ont disparu.

Quelques jours plus tard Madame D. se porte bien. Elle est heureuse de suivre un si bon régime. L'urine ne contient plus que huit grammes d'albumine au litre. Enfin cette dernière disparaît presque complètement, et notre malade a le bonheur d'accoucher à terme sans accident.

OBSERVATION. IX.—Madame J. P. qui vient nous consulter le 8 juin 1895 se dit enceinte de six mois et demi. Elle est secondipare. A sa première grossesse elle a eu plusieurs accès d'éclampsie qui se sont terminés par l'expulsion d'un enfant mort de sept mois.

Madame J. P. se plaint de douleurs lombaires qui s'irradient aux cuisses et aux jambes ; ces dernières sont très enflées. Elle a des nausées et des vomissements fréquents à différentes heures du jour. Son appétit est capricieux, tantôt vorace, tantôt nul. Elle souffre d'étourdissements, de céphalalgie, d'insomnie. Ses membres sont souvent engourdis ou le siège de fourmillement douloureux. Elle est sujette aux névralgies. Le matin, au lever, les yeux sont bouffis et les mains gonflées.

Nous prescrivons le bitartrate de potasse (2 drachmes) à prendre tous les matins à jeun, et le régime lacté absolu. Dans ce cas, nous avons un peu de difficulté à faire accepter cette diète sévère. La patiente un peu gourmande et habituée à la bonne chère ne se soumet que par degrés à notre ordonnance. Toujours est-il que huit jours après notre première consultation nous avons le plaisir de constater que les symptômes se sont améliorés.

Les urines qui contenaient 18 grammes d'albumine au litre le 8 juin, n'en offraient plus que trois grammes le 1er juillet.

Madame J. P. a continué le régime lacté absolu jusqu'au terme de sa grossesse. Son accouchement s'est passé heureusement ainsi que les suites de couches.

OBSERVATION X.—En décembre 1895 nous étions appelé pour une dame F. L. qui était au huitième mois de sa deuxième grossesse. Elle souffrait d'insomnie depuis quatre ou cinq nuits, de céphalalgie frontale et surtout d'une douleur atroce à l'épigastre. Elle vomissait depuis quelques jours tout ce qu'elle prenait. La vue était un peu trouble. Pas beaucoup d'œdème aux pieds. La malade nous dit qu'elle avait eu une *fausse couche* vers le huitième mois de sa première grossesse. Elle avait, deux jours avant cet accouchement prématuré, souffert de convulsions qui avaient failli l'emporter.

A nos questions elle répondit qu'elle avait les mêmes symptômes qu'à sa première grossesse et qu'elle craignait la répétition de ses terribles convulsions qui l'avaient laissée pendant plusieurs jours sans mémoire et presque sans paroles.

Nous prescrivîmes Calomel grs x, Jalap grs xxx, et le régime lacté absolu ; et à prendre tous les matins bitartrate de potasse deux drachmes.

Le Calomel et le Jalap produisirent des selles copieuses.

L'analyse des urines nous donna quatorze grammes d'albumine au litre.

Nous répétâmes le Calomel et le Jalap cinq jours après.

Nous eûmes le bonheur de conduire à terme la grossesse de Madamo F. L.

Nous rappellerons ici les malades des observations I, II, III, traitées de la même manière.

Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples pour prouver l'efficacité du traitement par le régime lacté aidé du bitartrate de potasse et des purgatifs.

Nous donnons la limonade de crème de tartre dans un double but, comme diurétique et comme laxatif. Comme diurétique doux, elle laverait le rein, enlèverait la congestion de cet organe et en conséquence diminuerait la masse du sérum du sang ; comme laxatif, elle nettoie l'estomac et l'intestin, balaie les microbes et remplace avec avantage les antiseptiques de l'intestin que quelques accoucheurs emploient aujourd'hui. Elle agit sur la muqueuse intestinale en soustrayant par exosmose le sérum du sang, sans diminuer le nombre des globules, soulageant ainsi le rein dans sa tâche ardue.

De plus, cette limonade constitue une boisson agréable, rafraîchissante, qui calme facilement la soif causée par le lait. On peut en boire à volonté. Généralement nous prescrivons dans les vingt-quatre heures trois ou quatre pintes de lait et une pinte de limonade ainsi préparée : Faire dissoudre de deux à quatre drachmes de bitartrate de potasse dans une pinte d'eau chaude, ajouter un citron ou deux, sucrer au goût.

Quand nous voulons agir fortement sur l'intestin dans un cas pressant, nous augmentons la quantité de bitartrate de potasse jusqu'à une once. C'est ce que nous avons fait chez notre malade de l'observation II ; nous en avons obtenu un effet très prompt. Le même jour notre malade urinait beaucoup plus et elle avait quatre ou cinq selles liquides et abondantes. Le lendemain l'œdème était diminué de moitié.

Le Docteur Eggleston qui prescrit à toutes les femmes enceintes deux cuillerées à thé de bitartrate de potasse à prendre tous les matins se vante de n'avoir pas eu un seul cas d'éclampsie pendant cinq ans,—grâce à ce traitement.

:

Quelquefois il est bon d'associer les toniques au régime lacté absolu. Lusk donne dans ces cas la teinture de fer muriatée à haute dose quatre fois par jour. Cette teinture agirait sur le rein comme diurétique ; sur le sang, en augmentant le nombre des globules rouges ; et sur les vaisseaux sanguins, en donnant du ton à leur parois affaiblies.

:

Dans un autre ordre d'idée, quelques accoucheurs, Jaccoud en tête, prescrivent en même temps que le lait les inhalations d'oxygène dans le but de réa-

iser les trois indications suivantes : *élimination des poisons ; destruction des poisons dans le sang ; rétablissement de la perméabilité rénale.* " Si l'examen de l'urine, nous dit Jaccoud (1), ne révèle pas d'autre altération que la présence d'une quantité x d'albumine, je donne trente litres d'oxygène pour vingt-quatre heures, c'est le minimum constant ; si l'analyse révèle l'abaissement de la dépuration au-dessous du minimum physiologique, je double, je triple cette dose, au moins temporairement.

" L'urémie, dit A. Robin (2), ou l'éclampsie n'est que le résultat de l'empoisonnement de l'organisme par des déchets organiques qui sont des produits peu oxydés et en même temps des substances peu solubles et toxiques."

" Quelles sont, continue-t-il, les conclusions que l'on peut, au point de vue pratique, tirer de ces données pathologiques ? Il faut, je crois, chercher à activer les oxydations par des inhalations d'oxygène, souvent efficaces dans l'urémie, puis chercher à transformer les produits insolubles en produits solubles facilement éliminables. Plusieurs médicaments, l'acide benzoïque, l'acide salicylique et dans un autre ordre d'idées l'acide toluïque, l'acide cinnamique, l'acide phénylacétique, etc., répondent dans une certaine mesure à ce desideratum."

Tarnier ne sait pas jusqu'où va l'efficacité de cette mesure.



Si l'on doit cesser le régime lacté avant l'accouchement, quand toute trace d'albumine a disparu ou encore si ce régime est mal supporté, on prescrira les toniques et les amers, fer, quinine, gentiane. Il faudra soumettre les malades à un régime spécial et ne pas les laisser manger ce qu'elles veulent. Comme les ptomaïnes toxiques qui proviennent, dit Vinay (3), de l'alimentation sont surtout fournies par les poissons, les mollusques, les crustacés, les viandes avancées, on défendra les viandes en général, et plus particulièrement le gibier, les conserves, les salaisons, le poisson, les mollusques, les coquillages, les fromages avancés. L'alcool sous forme de liqueur ou de vin vieux doit être proscrit en raison de l'action irritante qu'il exerce sur le rein. Les vins blancs de Graves ou de Sauterne sont les meilleurs.

" On insistera sur le régime végétarien, sur le laitage, les œufs, les légumes verts très cuits, les féculents, le fromage frais, les fruits, les compotes. Pour remédier au danger des viandes si riches en matières extractives et en potasse, on peut utiliser les viandes gélatineuses ou les viandes très cuites. On peut permettre la tête de veau, les pieds de porc, le poulet bouilli, le veau, l'agneau, etc. ; mais on interdira le bouillon."

Il faudra toujours conseiller aux malades, qui ne suivent pas le régime lacté, de boire abondamment de l'eau minérale alcaline possédant des propriétés diurétiques ; Vichy, etc. On leur ordonnera des purgatifs, (jalap et calomel) surtout les sels, bitartrate de potasse, sulfate de magnésium.

(1) *Semaine Médicale*, 1893, page 54.

(2) *Semaine Médicale*, 1893, page 49.

(3) *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, par le Dr Ch. Vinay.

Quelques auteurs recommandent les diurétiques, tels que la digitale, l'infusion de triticum repens, l'uva ursi, la scille, ou les diurétiques minéraux. Quelques-uns donnent les purgatifs drastiques : l'élaterium, l'huile de croton. D'autres emploient les antiseptiques de l'intestin, le charbon, l'iodoforme, la naphthaline, le naphtol, le bismuth, associés aux différentes méthodes de traitement. Bouchard donne la préférence au naphtol B à dose de 1 à 2 grammes par jour.

OBSERVATION XI.—Le 15 novembre 1894, nous sommes consulté par Madame M. N. qui est primipare et au cinquième mois de sa grossesse.

Le mari nous dit que son épouse, d'un caractère gai et enjoué, aimant toujours à badiner, n'est plus la même depuis une quinzaine de jours. Elle est morose, toujours inquiète et souffre de maux de tête très violents. Son appétit est diminué ; et elle est constipée.

Examen.—Madame N. est d'une taille moyenne, d'un tempérament sanguin ; ses yeux paraissent un peu abattus ; elle est rêveuse et semble fatiguée.

L'urine se coagule en masse par la chaleur ; et nous trouvons 10 grammes d'albumine au litre.

Nous prescrivons le régime lacté absolu que notre patiente refuse de suivre par dégoût pour le lait qu'elle ne peut voir. Sur son refus formel nous ne voyons rien de mieux que de lui ordonner le régime végétarien. Nous lui conseillons d'user beaucoup du lait dans la confection de ses aliments. En outre nous lui recommandons de boire abondamment de l'eau de Vichy.

Ce régime aidé d'un purgatif (sulfate de magnésie) répété tous les quatre matins nous a donné un bon résultat.

OBSERVATION XII.—En octobre 1895, nous voyons Madame O. G. une de nos bonnes patientes. Elle est primipare et sa grossesse est de six mois.

Nous avons connu Madame G. avant son mariage. Elle a toujours été pâle, anémique. La tuberculose est héréditaire dans sa famille ; mais Madame G. ne tousse pas, et il n'y a rien du côté de ses poumons. Le cœur, à part un léger bruit de souffle anémique, n'a rien d'anormal.

Notre patiente a de l'œdème aux pieds, ses mains sont souvent enflées ; sa face est bouffie comme celle des chlorotiques. En outre de ces divers symptômes, propres à la chlorose, nous trouvons des urines fortement albumineuses (16 grammes au litre).

Vu l'état précaire de cette santé, nous prescrivons le régime lacté mixte : autant de lait que la patiente en peut boire, en outre trois bons repas consistant en viande bien cuite, patates et purée de pois (brosemeal). Nous ordonnons la teinture de fer muriatée à dose de 15 gouttes trois fois par jour après chaque repas, et entre les repas un ou deux cachets antiseptiques ainsi composés : Naphtol B finement pulvérisé 15 grammes, salicylate de Bismuth 7 gr 50 centigr., divisés en 30 cachets ; le soir au coucher, le cascara aromatique de Stearn à dose d'une à deux cuillerées à thé.

Trois semaines plus tard nous avons la satisfaction de voir notre patiente beaucoup mieux. Sa santé s'améliorait, les œdèmes disparaissaient et l'albumine

diminuait de moitié. Les symptômes s'amendèrent ainsi jusqu'à son accouchement qui arriva vers le huitième mois et demi de la grossesse. Il n'y eut point d'éclampsie.



Nous arrivons enfin à un remède qu'on a beaucoup vanté depuis quelque temps : le *Chloral*.

D'après le Dr Blanc, le chloral posséderait une action étiologique ou pathogénique ; d'après Rivière, Auvard, Arnaud, il n'aurait qu'une action symptomatique, et n'agirait pas sur l'intoxication elle-même. Le Dr Blanc a prouvé que le chloral agit sur le rein et augmente la quantité des urines émises.

Margail emploie le chloral comme traitement préventif conjointement avec le régime lacté ou quand ce dernier ne peut être suivi par dégoût, intolérance ou faute de temps. Il donne le chloral aussi longtemps que les prodromes de l'éclampsie persistent. Il n'y aurait pas d'accoutumance au remède ou elle serait très tardive. Le chloral aurait aussi l'avantage de permettre au régime lacté d'exercer son action salutaire, comme dit Ribemont Dessaignes.

La dose ordinaire est de trois à quatre grammes par jour. On peut aller au-delà de cette dose, et même jusqu'à dix grammes suivant les symptômes. Il faut diluer le médicament pour ne pas fatiguer l'estomac et causer des vomissements.

Vinay conseille dans les cas où l'albumine est abondante, qu'il existe de la céphalalgie, de l'irritabilité, de l'insomnie, du vertige, des troubles de la vue, etc, de chloraliser les patientes. Il donne quatre à six grammes de chloral par la bouche au début des douleurs.

Nous avons eu l'occasion d'essayer le chloral chez trois de nos malades, mais nous ne saurions dire si le mieux qui s'est fait sentir après ce traitement est dû uniquement au médicament, parce que nous l'avons employé conjointement avec d'autres méthodes de traitement.

OBSERVATION XIII.—Julie, fille secondipare, âgée de 21 ans, entre à l'Hospice vers le 20 mai 1895, elle se dit au début du neuvième mois de sa grossesse. Elle a été bien portante jusqu'au huitième mois ; elle n'a pas eu de vomissements si ce n'est depuis une quinzaine de jours. Elle souffre beaucoup de douleurs dans le creux épigastrique, douleurs qui se font sentir aussi entre les deux épaules. Elle ne dort pas surtout depuis huit jours, et elle éprouve, par moment des maux de tête tellement violents qu'elle ne sait pas où se mettre ; elle croit que la tête va lui ouvrir.

Nous ne constatons pas d'œdème aucune part chez Julie. La miction fréquente ne donne pas beaucoup d'urine ; mais celle-ci est fortement albumineuse (12 grammes d'albumine au litre). Nous prescrivons trois pintes de lait par jour, en plus le chloral (grs xxx), à prendre matin et soir.

Sous ce traitement, la céphalalgie disparaît et le sommeil revient bon et réparateur, les urines augmentent en quantité, en même temps que l'albumine diminue

Julie accouche le 27 mai après un travail de dix-huit heures. Les suites de couches sont normales et la température ne s'élève pas d'un dixième de degré.

OBSERVATION XIV.—Zozime, femme, âgée de 27 ans, entre à la Maternité le 10 octobre 1895. Elle est enceinte pour la quatrième fois, et doit accoucher vers le 10 novembre. Ses grossesses antérieures ont été très pénibles; elle a souffert constamment de vomissements: ses accouchements ont été très laborieux deux fois ont a été obligé de lui appliquer les forceps. Son dernier accouchement a été long mais l'enfant est venu par les seuls efforts de la nature.

Quand elle entre à la Maternité elle se plaint d'*enflure* aux pieds et aux mains, d'étourdissements fréquents, de maux de tête intolérables, d'insomnies continuelles, et elle ne va à la garde-robe que tous les quatre ou cinq jours.

Les urines contiennent quinze grammes d'albumine au litre.

Nous soumettons cette malade au régime lacté absolu et nous donnons le bitartrate de potasse (deux drachmes) tous les matins, et le chloral (grs xv) associé au bromure de potasse (trente grains) tous les soirs au coucher. Comme le sommeil ne se produit pas avec ces deux derniers médicaments et que la céphalalgie continue aussi violente, nous donnons tous les soirs une seconde dose de chloral et de bromure à une heure d'intervalle de la première. Nous obtenons ainsi une amélioration assez marquée, mais nous sommes obligé de continuer ce traitement jusqu'à l'accouchement, qui se fait le 11 novembre, à 8½ heures à matin. Il n'y a rien d'anormal dans les suites de couches.

OBSERVATION XV.—Notre troisième observation touchant le chloral se rapporte à Ancilia, fille, primipare, 18 ans. Inutile d'entrer ici dans des détails de symptômes dont le plus important et presque l'unique est une céphalalgie frontale revenant par exacerbation matin et soir. L'urine présente à l'analyse 8 grammes d'albumine. Comme Ancilia ne veut pas prendre de lait, qu'elle ne veut pas se soumettre à aucun régime, qu'il lui faut *manger* et *boire* comme les autres, qu'elle n'a confiance qu'aux remèdes, nous lui prescrivons le chloral (grs xv) et le bromure (20 grs) à prendre matin et soir. Elle accouche heureusement un mois et demi après son entrée à l'Hospice.

* * *

Ménager à employé une fois le lactate de Strontium à la seconde grossesse d'une femme qui avait eu douze accès d'éclampsie à sa première grossesse. Il dit s'en être bien trouvé.

* * *

Pour prévenir l'attaque d'éclampsie imminente, quelques médecins ont employé la *Pilocarpine* en injection hypodermique à dose de $\frac{1}{4}$ grain à $\frac{1}{2}$ gr. Elle produit une diaphorèse excessive, mais elle n'est pas sans danger. Nous nous souvenons de l'avoir employée une fois dans un cas de *malaria* et nous en avons eu tant de mauvais résultats que nous nous sommes promis de n'y plus retourner. Il vaut mieux le remplacer par les bains chauds, les bains de vapeur suivis de l'enveloppement dans un grand nombre de couvertures. La sudation produite par les bouteilles d'eau chaude est d'un grand secours.

Les bains chauds sont en honneur chez les allemands comme traitement prophylactique. Voici ce qu'on fait à Vienne quand les urines contiennent une quantité notable d'albumine. Nous traduisons du *New-York Journal*, 1891, page 446 :

“ La patiente est placée dans un bain rempli d'eau à une température un peu au dessus de 99° F. Le bain est recouvert d'un drap pesant et on ne découvre tout juste que la tête de la patiente, sur laquelle on place un essue-main trempé dans l'eau froide. La température de l'eau est graduellement élevée jusqu'à 110° ou 112°. On y laisse la malade trente minutes pendant lesquelles on lui fait boire beaucoup d'eau. Quand on la retire du bain on l'enveloppe dans d'épaisses couvertures, et on la laisse transpirer abondamment pendant deux ou trois heures. Suivant la gravité du cas on peut répéter ce bain tous les jours indéfiniment. Le soulagement obtenu par ce seul moyen de traitement est vraiment étonnant. Quelquefois le bain chaud agit comme excitant des contractions utérines et provoque le travail.”

* * *

Si les différentes méthodes de traitement que nous venons de décrire n'amenaient pas une amélioration des symptômes et qu'une attaque d'éclampsie fût imminente, il faudrait recourir à la saignée générale ou locale. “ Lorsque, nous dit Jaccoud, par suite de refroidissement, les reins sont touchés de par la prédisposition locale issue de la stase et que l'on craint de voir survenir avec une terrifiante rapidité les accidents formidables de l'obstruction rénale, il ne faut plus penser au lait, ni à l'oxygène, ni même aux drastiques ; la saignée répétée au besoin est le seul moyen suffisamment rapide pour rétablir la perméabilité de l'organe.”

Renault et Robin conseillent de pratiquer la saigné au niveau du triangle de J. L. Petit dans le but de décongestionner le rein et d'en diminuer l'œdème.

OBSERVATION XVI.—Le 7 juin nous étions appelé auprès de Madame L. M. à laquelle nous donnions nos soins depuis deux mois. Madame M. d'une forte charpente était grasse et d'un tempérament sanguin. Elle était enceinte de huit mois. Deux mois auparavant nous avions analysé ses urines qui contenaient dix-huit grammes d'albumine au litre. Sous le régime lacté, l'albumine disparut presque complètement pendant un mois et demi, puis elle augmenta quelque peu.

Le 5 juin, Madame M. faisait un voyage d'excursion en bateau. La température était un peu froide, l'atmosphère crue, humide. Vers l'après-midi, une pluie fine vint enlever le plaisir aux excursionnistes. Au retour Madame M. se sentit prise de frisson, et d'un malaise au rein. Elle crut cependant qu'il n'y avait pas matière à mander le médecin. Le lendemain soir le malaise augmentait ; et une violente céphalalgie apparaissait, l'urine devenue plus rare prenait une teinte noirâtre. Comme la céphalée s'aggravait durant la nuit on nous appela vers deux heures le matin du 7 juin.

Le pouls de la malade plein, fort, battait 100 pulsations à la minute. La face bouffie était congestionnée. Il y avait de la gêne du côté de la respiration et un

malaise bien prononcé aux reins ; presque plus d'urine et encore celle-ci. était-elle noire.

Il était évident que les reins, déjà incapables depuis quelque temps de remplir leur fonction, venaient d'être frappés tout à coup par le froid, et nous avions affaire à une forte congestion qui aurait certainement amené l'éclampsie si le traitement n'avait pas été très énergique. Nous pratiquâmes au bras une saignée de quinze onces, et nous appliquâmes des ventouses scarifiées sur la région lombaire. Nous donnâmes une dose de bitartrate de potasse. Sous l'influence de la saignée le pouls devint plus mou, plus rapide ; la face se décongestionna, la respiration devint plus libre. La malade couchée fut entourée de bouteilles d'eau chaude qui amenèrent une sudation abondante. Les symptômes s'amendèrent promptement. Le séjour dans sa chambre ramena le calme chez notre malade qui accoucha heureusement à terme d'un enfant vivant.

Quant à la provocation de l'avortement ou de l'accouchement prématuré comme traitement préventif nous en dirons un mot parce que tous ceux qui ont traité de l'éclampsie en ont parlé. Les opinions sont partagées sur ce sujet ; les uns pratiquent l'avortement dès qu'il y a albumine considérable, quel que soit le temps de la grossesse ; d'autres, quand apparaissent certains symptômes du côté du système nerveux, de la vue, ou du rein ; d'autres attendent que l'enfant soit viable, ou que les prodromes de l'éclampsie soit manifestes, d'autres enfin s'abstiennent complètement.

Pourquoi recourir à ce moyen extrême et dangereux ? Parce qu'on aura trouvé de l'albumine au troisième, ou au quatrième mois, devra-t-on exposer la femme, et lui faire courir tous les dangers d'un avortement ? Est-ce qu'il n'est pas prouvé que le régime lacté et ses adjuvants nous offrent un remède efficace, spécifique contre cette albuminurie de la grossesse ? Combien de femmes enceintes albuminuriques terminent heureusement leur grossesse sans se soumettre à aucun régime et sans même se douter du précipice au bord duquel elles marchent ? Pensez-vous que toutes ces mères pauvres des basses classes, ces mères que vous voyez très souvent obligées de gagner la vie de leurs enfants et d'une nombreuse famille, travailler autant si non plus que leurs maris ; ces mères bien souvent incapables de se chauffer vue l'énorme œdème de leurs pieds et de leurs jambes : pensez-vous que toutes ces femmes vont souvent chez le médecin lui porter une fiole d'urine pour la lui faire examiner et lui demander de les soumettre à un régime sévère et dispendieux ? Combien de ces femmes dont nous avons examiné les urines par pure curiosité ! Nous étions étonné de trouver autant d'albumine sans que jamais aucun accident fâcheux n'eût alarmé ou effrayé la gestante. Cependant ces femmes accouchent sans même appeler le médecin.—la voisine est très habile. Elles élèvent de nombreuses familles. Quelle misère dans leur laudis ! Quel air impur on y respire !

Posons-nous ces différentes questions et que chacun y réponde consciencieusement :

Quel est le pourcentage des albuminuriques par rapport aux femmes enceintes ? Quel est le pourcentage des éclamptiques par rapport aux albuminuriques ? Quel est le pourcentage de la mortalité des éclamptiques ? Et quel est le pourcentage des éclamptiques par rapport aux albuminuriques ? Quel est le pourcentage de la mortalité après les avortements provoqués ou après les accouchements forcés ? Et quel est la proportion entre la mortalité des éclamptiques et la mortalité des avortées ?

Quand il y a beaucoup d'albumine est-on sûr qu'il y aura éclampsie ? Est-on sûr qu'il restera une maladie du rein après la grossesse ? Sur quoi base-t-on ces opinions ?

Faudra-t-il tuer tous les enfants dans le sein des albuminuriques pour sauver une seule de ces femmes qui *pourrait* mourir à la suite d'éclampsie ? Faudra-t-il arracher tous ces fruits avant leur maturité dans l'espoir qu'on épargnera à une seule femme, une maladie de Bright chronique ? Faudra-t-il tuer tant d'innocents et d'êtres faibles pour prévenir l'éclampsie ou une maladie chronique des reins sous prétexte que l'enfant doit mourir s'il y a éclampsie, et que la mère est en même temps condamnée ?

Avec nos différents traitements préventifs et curatifs ce n'est qu'exceptionnellement que la mère trouve la mort dans les convulsions,—et l'enfant très souvent survit à l'éclampsie. Autre raison, ne provoque-t-on pas l'attaque d'éclampsie en provoquant l'avortement ? alors double danger pour la femme : celui de l'opération qui abrège subitement sa grossesse et celui de l'éclampsie qui la menace par le fait de l'opération.

Et qui nous dit que, si les reins sont malades, si l'on trouve de l'albumine, quand on aura provoqué l'avortement on n'aura pas encore de l'éclampsie ? Les nombreuses observations que nous citons dans notre thèse ne disent-elles pas que l'éclampsie frappe aussi souvent après l'accouchement ?

Pour un *peut être* des plus problématiques pourquoi se rendre coupable d'un fœticide et exposer la femme à mourir d'un avortement provoqué toujours très dangereux en lui-même ? Pour la tirer d'un péril imaginaire, faut-il la jeter dans un danger plus certain ! Si elle marche au bord d'un précipice soutenons-la, veillons sur elle, mais ne l'y jetons pas sous prétexte qu'elle peut y tomber.

Le médecin n'a pas le droit de vie ou de mort sur son semblable. Il doit autant, sinon plus, protection au faible qu'au fort. Et, de plus, depuis quand est-il permis de faire le mal pour arriver au bien. Les naufragés, battus par la tempête dans une frêle embarcation, ont-ils le droit de mort sur l'un d'entre eux, celui-ci devant leur servir de nourriture et prolonger leur vie jusqu'au retour d'un navire qui les sauvera des horreurs de la mer ? Evidemment non. Cependant, s'ils n'en tuent pas un, ils mourront tous ; peu importe ; qu'ils meurent ! il ne leur appartient pas d'enlever la vie.

Le médecin n'a pas plus de droit sur la vie du fœtus.

Et la mère se trouve dans le même cas que les naufragés.

Autres raisons : la femme en se mariant accepte tacitement toutes les joies et les misères de la vie commune. Elle sait les douleurs qui l'attendent ; elle n'ignore pas que sa vie sera souvent exposée ; elle connaît la loi inexorable de

Dieu : "Tu enfanteras dans la douleur." Et l'expérience du monde lui a déjà appris qu'avant l'enfantement douloureux, elle pourra éprouver de grandes angoisses. L'expérience de sa mère, d'une sœur, d'une amie lui a prouvé que la grossesse est souvent accompagnée de terribles épreuves; que la mort en est souvent le triste apanage. Elle sait tout cela; et par les liens du mariage, elle contracte de sérieuses obligations, entre autres celle d'aimer, de protéger les êtres qui naîtront de cette union; elle doit les protéger dût-il lui en coûter la vie.

Les médecins d'une autre religion que la nôtre nous disent : "Vous, catholiques, vous ne voulez pas provoquer l'avortement parce que cette opération tue l'enfant qui mourra ainsi sans baptême."

Voici ce qu'un ami personnel nous disait un jour : "Quand je trouve, chez une femme enceinte, beaucoup d'albumine, je lui propose de suite de mettre fin à sa grossesse. Si cette femme est catholique, je ménage ses scrupules en lui faisant comprendre que je baptise l'enfant dans son sein."

Nous répondrons à cet ami par les paroles de notre professeur, M. le Docteur Dagenais, qui, dans un travail très élaboré, combattait victorieusement la craniotomie sur l'enfant vivant. "Lorsque, nous disait notre distingué professeur (1), Ramsbotham dit que l'église reconnaît la validité du baptême administré au moyen d'injections dans l'utérus, il commet une inexactitude bien pardonnable, il est vrai, pour un protestant : la validité du baptême est admise alors comme probable et non comme certaine; et c'est pourquoi les théologiens conseillent toujours de rebaptiser l'enfant sous condition après sa naissance. D'ailleurs, il n'est pas plus permis de tuer un être baptisé que celui qui ne l'est pas...; donner volontairement la mort à un innocent est toujours un crime."

Quoi qu'il en soit, cette question est du ressort de la conscience autant que de la science et pour le médecin catholique la voie est toute tracée; il n'a plus à balancer entre telle ou telle opinion. La Sacré Congrégation du Saint-Office vient de lui définir d'une manière nette son devoir.

Nous puisons dans les "*Analeccta Juris Pontificii*" de novembre 1895.

Il est interdit de tuer l'enfant pour sauver la mère.

"Le Saint-Office répond négativement à cette demande : Est-il permis de sauver la mère en tuant l'enfant qu'elle a dans son sein, bien que l'opération n'ait point pour but direct de tuer l'enfant mais de l'extraire du sein de sa mère ?

"Très Saint Père.

"Etienne-Marie-Alphonse Sonnois, archevêque de Cambrai, humblement prosterné aux pieds de Votre Sainteté lui expose le cas suivant :

"Titius, médecin, appelé auprès d'une femme enceinte gravement malade, s'aperçoit que la seule cause de cette maladie mortelle réside dans le fait seul de cette grossesse, c'est-à-dire dans la présence du fœtus au sein de la mère. Pour sauver la mère d'une mort certaine et imminente il ne lui reste donc qu'un seul moyen : l'avortement ou l'extraction du fœtus. D'habitude il prenait ce moyen, en employant des procédés qui d'eux-mêmes ne tendaient pas directement à tuer

(1) *L'Union Médicale du Canada*, 1881, page 12.

le fœtus dans le sein maternel, mais seulement à le faire mettre au jour vivant bien que dans un état non viable, car il était tout à fait prématuré.

“ Cependant, après avoir lu ce que le Saint-Siège a écrit le 19 août 1888 à l'archevêque de Cambrai,—savoir : “ on ne peut pas en sûreté enseigner qu'une “ opération quelconque qui tend directement à la mort du fœtus, soit permise, “ lors même qu'elle est nécessaire pour sauver la mère.”—Titius a senti naître un doute dans son esprit au sujet de la *licéité* des opérations chirurgicales par lesquelles souvent jusqu'ici il procurait l'avortement pour sauver la femme enceinte gravement malade.

“ Pour calmer sa conscience alarmée, Titius demande s'il peut répéter les mêmes opérations dans des circonstances analogues.

Mercredi, 24 juillet 1895

“ Dans une réunion générale de la Sacrée Congrégation Romaine de l'Inquisition Universelle, les Eminentissimes Cardinaux, inquisiteurs généraux pour la foi et les mœurs, ont répondu, après avoir pris les suffrages de leurs consultants, “ *Négativement* ” conformément aux décrets du 28 mai 1884 et du 19 août 1888.

“ Le jour suivant, jeudi 25 juillet, dans une audience accordée à l'assesseur, le Souverain Pontife a approuvé cette réponse donnée.”

(à suivre.)

L'excès de soins aux enfants.—Peu de mères réalisent les dangers de l'excès de soins qu'elles portent à leurs enfants, lorsqu'ils sont assez vieux pour jouer et folâtrer. Un enfant est bien plus heureux avec quelques simples joujoux qu'avec les jouets les plus compliqués. Il n'y a rien de plus amusant et de meilleur que de se rendre utile en faisant quelques petites choses qui ressemblent à de l'ouvrage, et c'est cruel que de priver l'enfant de ce plaisir et de cet encouragement. Laissez le cerveau s'instruire en même temps que le corps par la main, le pied et l'œil. Donnez aux garçons un établi de menuisier ; intéressez les filles au travail de la maison.—*Dr Taylor.*

Les dangers des cimetières.—Le Dr Jevison, de Copenhague, attire l'attention sur une épidémie de fièvre typhoïde qui s'est déclarée dans le voisinage du drainage d'un cimetière. Il estime que des six cents cimetières du Danemark, cinquante sont une source de maladie. Les cimetières dont le sol est graveleux sont les meilleurs, parce qu'ils permettent la décomposition rapide des corps qui amène, en quelques années, une combustion presque parfaite. C'est tout le contraire pour les sols argileux, lesquels sont peu recommandables. On devrait se rappeler ces choses en choisissant le terrain d'un cimetière.

Extrait de myrtille.—C'est une nouvelle préparation, tirée des fruits séchés du *vaccinium myrtillus*. Winternitz emploie cette préparation pour combattre les affections cutanées; il a obtenu de bons résultats dans l'eczéma squameux, séborrhéique et mycosique. Ullmann et Steckel l'ont employée avec succès dans les plaies par brûlures et échaudement. On applique l'extrait avec un pinceau, on recouvre de ouate, puis d'un bandage. Application quotidienne. Enlever la ouate au moyen d'une solution tiède de chlorure de sodium à 1 pour 100.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LE TRAITEMENT DE L'ASTHME, conclusions d'un article du Dr J. H. SAUNDERS publié dans *The Canadian Practitioner*.—*American Medical Review*, Vol. I., No 5.

Comme traitement préventif, il faut en premier lieu supprimer autant que possible les causes d'irritation. On doit examiner avec soin le nez et le pharynx afin de constater s'il y a des polypes, des végétations adénoïdes ou des traces de catarrhe. Si le malade souffre de dyspepsie, on doit traiter cette maladie, et s'assurer avec précaution de l'effet des divers aliments qui constituent la diète afin de faire éviter au malade ceux qui peuvent provoquer une attaque et de l'habituer à ne pas surcharger son estomac. Lorsque les attaques ne surviennent que durant certaines saisons de l'année, comme dans l'asthme des foin, et lorsque les moyens du malade le lui permettent, il faut lui conseiller de changer de climat et préférer, s'il n'y a pas de contre-indication, un atmosphère sec dans une région élevée, telle que les Adirondacks. Je crois que dans presque tous les cas on peut trouver une localité où le patient vivra à l'abri de ses attaques, quoiqu'il soit impossible de dire à l'avance quelle localité sera préférable. Quant au traitement médical prophylactique et spécifique, il n'est guère possible de dire que nous en possédons un.

“ La morphine à pleine dose en injections hypodermiques est peut-être le meilleur remède durant les attaques, bien que les effets subséquents désagréables et le danger de produire l'habitude du médicament puissent souvent être un grand obstacle à son emploi. Les différents mélanges recommandés, contenant habituellement du nitrate de potasse joint à une variété quelconque de datura, sont souvent efficaces lorsqu'on les administre sous forme d'inhalation de vapeur.”

DU RÔLE DES VASO-MOTEURS DANS LES MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE ET LEUR TRAITEMENT, extrait d'un travail lu à la *Delaware County Society*, par le Dr H. A. HARE, de Philadelphie.—*Therapeutic Gazette*, mars 1895.

“ Il faut bien se rappeler que la tonicité des artérioles et des capillaires offre à l'action du cœur une résistance qui est aussi naturelle que la pression atmosphérique de quinze livres par pouce carré sur notre corps et dans nos poumons, et que toute variation dans cette résistance, que ce soit par dilatation ou par contraction des vaisseaux sanguins, est suivie par des symptômes aussi définis que ceux qui surviennent quand nous nous exposons soit à l'air raréfié, soit à l'air comprimé. La résistance offerte au cœur par le système nerveux vaso-moteur fonctionnant normalement, en raison de son action sur les vaisseaux, est identique à la friction que rencontrent les roues d'une locomotive. La locomotive est construite en prévision de cette résistance, et quand celle-ci est abolie par l'état glissant des lisses, les roues tournent inutilement, ébranlant la machine et détruisant son utilité. D'un autre côté, si la pente est trop rapide, la résistance est très forte et l'engin s'arrête ou creve un cylindre, après un fort dérangement de la machinerie qu'indique les mouvements saccadés du tirage.

“ Ceci nous enseigne des points importants de diagnostic et de thérapeutique : 1o le pouls rapide peut-être dû non pas à un désordre du cœur, mais à un relâchement vaso-moteur ; 2o le meilleur moyen de traiter ce pouls, c'est de mettre du sable sur la voie et d'augmenter la résistance, et non pas de pousser la vapeur,—ou donner de la digitale—ce qui n'aura pour effet que de faire marcher l'engin, ou le cœur, sur des lisses glissantes avec beaucoup d'usure et peu d'action.

“ De même si le cœur semble lutter contre une haute pression artérielle, la chose la plus sensée à faire n'est pas de stimuler l'organe et d'augmenter son effort épuisant, mais de réduire la résistance de la rampe en faisant une tranchée à travers laquelle le cœur pourra battre son chemin avec une résistance normale. C'est ce que nous obtenons par l'emploi des dépresso-moteurs, tels que les nitrites, ou par la saignée. La réputation de la nitroglycerine comme stimulant cardiaque est basée en grande partie sur le fait que l'excès de résistance artérielle est aboli par ce médicament, ce qui donne au cœur la chance d'accomplir son œuvre d'une manière satisfaisante sans stimulation directe.

“ Quand l'on songe à l'énorme étendue qu'offre la région capillaire relâchée à l'afflux ou à la stagnation du sang, les faits que je cherche à mettre en évidence deviennent de plus en plus frappants.

“ Dans tous les cas où nous sommes appelés pour un trouble du cœur, il semble donc indiqué d'examiner la tension des vaisseaux sanguins avant de prescrire pour le cœur lui-même.”

LES TISANES, article de la *Revue Médicale*, vol. V., No 98.

L'étudiant et le jeune praticien ont généralement le plus parfait dédain pour les tisanes. Les extraits et les alcaloïdes leur paraissent incomparablement supérieurs. Aujourd'hui le mouvement se porte vers les sérums.

Mais peu à peu la pratique de la clientèle finit par montrer la nécessité des tisanes et Dujardin-Beaumetz admet les tisanes parce que, dit-il, les malades les réclament. Ils ont généralement perdu le goût des boissons ordinaires, telles que le vin, le bouillon et le lait. Seules les tisanes, dont l'arôme peut varier avec la plante, leur plaisent encore. Force est donc de se conformer à une nécessité physiologique.

De plus, c'est au moins de l'eau qui a bouilli, et l'on absorbe ainsi une boisson exempte de microbes. L'eau bouillie, seule, est désagréable, tandis que la tisane peut être faite au goût du malade. Quand ce ne serait qu'à ce point de vue la tisane a donc son utilité réelle.

En outre, un fait d'ordre médical, cette fois, prime tout, en ce qui concerne les tisanes diurétiques. On sait en effet, combien l'émonctoïre rénal prend de l'importance en pathologie. L'élimination des toxines règle, pour ainsi dire, le pronostic ; donc, tout ce qui peut favoriser la diurèse doit être employé sans hésitation.

Les tisanes peuvent encore servir de véhicule, grâce à leur arôme, pour l'absorption d'une foule de substances qui doivent être prises en solutions étendues. De même les poudres, quand les malades ne savent pas avaler les cachets, peuvent être dissoutes dans une tisane appropriée.

Enfin, elles peuvent être changées à chaque visite ou consultation, vu leur grand nombre, quand le malade se dégoûte de sa boisson.

TRAITEMENT DES HÉMOPTYSIES DES TUBERCULEUX, résumé d'un article du Dr DESPLATS.—*Abeille Médicale*, 1896, No 20.

Les hémoptysies peuvent se produire chez les tuberculeux à toutes les époques de la maladie. L'abondance de l'écoulement sanguin varie depuis le léger filet sanguin, qui strie le crachat, jusqu'à l'émission de vrais flots de sang pur ; aussi peut-on diviser les hémoptysies en légères, en moyennes, en graves.

Hémoptysie légère.—Il faut prescrire le repos, le silence, une potion calmante, dans laquelle doivent entrer une ou plusieurs des substances réputées hémostatiques : ergotine, ratanhia, perchlorure de fer, eau de Rabel, etc. Aliments liquides. L'habitude veut qu'on recommande de les prendre froids, le précepte est sans importance. Il suffit de ne pas les prendre trop chauds.

Hémoptysie moyenne—Il faut appliquer sur la poitrine le plus de ventouses possibles, et prescrire une potion contenant l'ergotine, l'eau de Rabel ou l'extrait de ratanhia associés à l'opium, à prendre par cuillerées jusqu'à cessation de l'hémorrhagie. Il convient de recommander le silence, le repos, les boissons froides et de prescrire tous les stimulants, dont l'action ne peut être que nuisible. Si quelques heures après, l'hémorrhagie continue encore, il faudra donner un lavement purgatif, faire une nouvelle application de ventouses, activer l'administration de la potion et faire une injection sous-cutanée d'ergotine ou d'ergotinine.

Hémorrhagies graves.—Les hémoptysies moyennes qui durent deviennent des hémoptysies graves; sont dites aussi graves les hémoptysies qui d'emblée sont très abondantes.

Le médecin ne doit pas se laisser impressionner par une syncope commençante ou déjà réalisée. Quel peut être l'effet d'une syncope sur une hémorrhagie? Elle peut et doit l'arrêter; par conséquent, si une syncope menace de se produire, il ne faut pas l'empêcher par une injection stimulante ou quelque manœuvre intempestive.

Si le malade est dans son lit, il faut l'asseoir la tête haute; s'il n'est pas couché, on doit le laisser assis dans un fauteuil, les jambes pendantes, et cela quoiqu'il menace de se *trouver mal*. C'est le moyen de rendre plus faible la tension artérielle et de diminuer, par cela même, la fluxion pulmonaire.

On doit appliquer les ventouses sèches et pratiquer les injections sous-cutanées d'ergotine. Si malgré cela l'hémorrhagie continue, il faut prescrire l'ipéca, qui, si le temps presse, pourra être remplacé par une verre d'eau à moitié plein, dans lequel on fait fondre une grande cuillerée de sel de cuisine et qui est bu d'un seul trait. Les vomissements ou l'état nauséux diminuent la tension vasculaire; c'est pour cela que l'on donne l'ipéca, le tarte stibié, ou l'apomorphine en injections sous-cutanées.

Dans les cas d'une gravité exceptionnelle, on pratique la ligature des membres. Des liens serrés fortement à la racine des quatre membres empêchent le sang veineux de retourner vers les poumons, et l'hémorrhagie cesse faute de sang. On maintient quelque temps les ligatures, même si le sujet est dans un état syncopal, afin de laisser le temps à un caillot obturateur de se former. Alors, graduellement, avec prudence, on délie un membre d'abord, puis un second, puis enfin tous, en ayant bien soin de ne pas relever trop rapidement la tension artérielle, car ce serait favoriser le retour de l'hémorrhagie.

LE PRONOSTIC DE LA SYPHILIS, extrait d'une leçon de M. le prof. FOURNIER à l'Hôpital Saint-Louis. — *Bulletin Médical*, Vol. X, No 36.

La syphilis n'a pas que ses dangers propres, à savoir ceux qui dérivent de ses accidents propres. Elle a aussi ses dangers *indirects*, à savoir ceux qui relèvent de l'influence exercée par elle sur les maladies éventuelles ou les prédispositions morbides du sujet contaminé.

En d'autres termes, la vérole n'est pas seulement la vérole. C'est aussi, au moins pour nombre de cas, la santé compromise, l'organisme débilité, la résistance vitale amoindrie.

De là ces deux conséquences :

1^o Que parfois la vérole constitue une véritable cause d'aggravation (le mot de malignité ne serait même pas déplacé en certains cas) pour les maladies incidentes qui peuvent sévir sur un organisme contaminé ;

20 Que, souvent aussi, en diminuant la résistance de l'organisme, en exagérant par cela même la susceptibilité morbide, elle lâche le frein aux prédispositions pathologiques. C'est de la sorte, par exemple, qu'elle conduit ou peut conduire à la tuberculeuse, au nervosisme et au cancer certains sujets qui, sans elle, n'y auraient peut-être pas abouti.

Mais cela n'est rien encore. Un grand fait est ressorti de l'étude de la syphilis au cours de ces dernières années. C'est l'existence, aujourd'hui acceptée, de tout un groupe d'accidents que l'on avait laissés en dehors du cadre de la syphilis jusqu'à ces derniers temps et que forcément on a été conduit à y inclure, à savoir : le groupe des *affections parasymphilitiques*.

Ce sont des manifestations qui, sans être le moins à monde syphilitiques de fond, de nature, d'essence, se produisent à la suite et du fait de la syphilis avec une fréquence telle qu'il est impossible de méconnaître le lien de parenté qui les rattache à la syphilis ; pas plus qu'on ne saurait méconnaître, pour prendre un terme de comparaison, la filiation pathogénique qui relie la néphrite infectieuse de la scarlatine à la scarlatine, ou les paralysies diphtériques à la diphtérie.

Les principales affections parasymphilitiques sont : en première ligne, et comme prototype, le tabes ; puis la paralysie générale, l'hystéro-syphilis, la neurasthénie, une forme spéciale d'épilepsie, une forme spéciale d'atrophie musculaire, une forme de leucoplasie buccale, etc.

C'est dans la possibilité de l'invasion à venir de ces affections, du fait de la syphilis, que réside ce que le pronostic de cette maladie comporte de plus sérieux et de plus irrémédiable.

LE CŒUR ET L'ESTOMAC, résumé d'une leçon de M. le Dr HUCHARD à l'Hôpital Necker.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 37.

Dans une précédente leçon que nous avons reproduite (voir page 277, livraison de mai), le Dr Huchard étudiait les relations physiques qui existent entre le cœur et les poumons, et expliquait l'existence des souffles extracardiaques. Dans celle-ci, le clinicien de Necker continue sa description des faux cardiaques et parle du cœur et de l'estomac. Il s'efforce d'établir que les troubles de l'appareil digestif sont capables de donner lieu à un souffle, à de simples palpitations, à de l'arythmie, à quelques intermittences, à quelques douleurs précordiales, et de faire croire à tort à l'existence d'une cardiopathie.

Les *palpitations*, caractérisées par une impulsion cardiaque plus forte, accélérée, et douloureusement ressentie, s'observent principalement, en dehors des cardiopathies organiques, chez les nerveux, les anémiques, les dyspeptiques, sous l'influence de l'abus du tabac, du café, et surtout du thé. Des médecins anglais, Edward Percival (1817), Stokes, ont déjà signalé l'effet du thé vert sur le cœur, et Huchard a constaté qu'il se traduisait par des palpitations violentes et tumultueuses et une sensation de précordialgie plus ou moins intense.

« Chez les anémiques, les chlorotiques et les névropathes, dit Huchard, les palpitations peuvent être fausses, purement subjectives, et au moment même où les malades s'en plaignent, vous constatez parfois que le cœur bat d'une façon normale et très modérée. Dans ces cas, cherchez un point douloureux à la région précordiale, et vous le trouverez. Le cœur alors, venant battre à chacune de ses révolutions contre une paroi hyperesthésiée, donne la fausse sensation d'une palpitation. Supprimez la douleur au moyen d'une légère pulvérisation de chlorure de méthyle, et vous supprimerez du même coup cette fausse cardiopathie. »

D'un autre côté, un sujet qui a un cœur réellement malade peut souffrir de palpitations qui seront provoquées, non pas par la lésion cardiaque elle-même, mais par l'état nerveux ou par les troubles dyspeptiques du sujet. « Par conséquent, lorsqu'un malade, cardiopathe ou non, se plaint de son cœur, quand il accuse des palpitations non en rapport avec l'état de son système circulatoire,

pensez à l'estomac, quoiqu'il ne paraisse pas souffrir par lui-même et parce qu'il fait souffrir les autres organes, parce que c'est le cœur surtout qui, en palpitant, pousse la plainte de la souffrance gastrique."

Le docteur Huchard rappelle à ses auditeurs que certains symptômes des maladies du cœur, tels que les vertiges, les lipothymies, les syncopes, sont regardés comme des complications directes de la maladie, sont attribués à l'anémie cérébrale, alors que la majorité des cas, l'estomac seul est en cause. Souvent aussi, on croit à une hyperexcitabilité primitive de l'organe, alors qu'elle est secondaire; on songe à une compensation exagérée de la lésion, à de l'hypersystolie, et dans le but de la combattre, on abuse de la médication digitalique, inutile, si elle n'est pas nuisible. "N'accusez pas alors, dit Huchard, l'infidélité de l'action médicamenteuse, mais accusez l'erreur et surtout la contre-indication de votre médication. Il y a des palpitations qui sont admirablement calmées par la digitale; il y en a qui sont aggravées par elle, et de ce nombre se trouvent celles qui ont pour cause une maladie ou même de simples troubles fonctionnels de l'appareil digestif."

Le docteur Huchard étudie ensuite la pathogénie des accidents cardiogastriques. Il rappelle que Potain a démontré, en 1878, que l'excitation réflexe, à point de départ gastrique, intestinal ou hépatique, provoque une contraction exagérée avec hypertension des vaisseaux pulmonaires, d'où obstacle dans la circulation du cœur droit et dilatation consécutive de ses cavités, pouvant aboutir à une insuffisance tricuspide et même à des accidents asystoliques. Morel (1879) et Barié (1883) ont prouvé par l'expérimentation que l'excitation de la muqueuse stomacale et du foie amène une élévation de tension dans l'artère pulmonaire. Ainsi, l'estomac malade retentit sur le poumon d'abord, sur le cœur ensuite.

Quelquefois, l'acte réflexe s'arrête au poumon et les symptômes dyspnéiques sont prédominants; même alors il ne faut pas perdre l'estomac de vue.

D'un autre côté, il ne faudrait pas croire que l'acte réflexe aboutisse invariablement à l'augmentation de la tension dans la petite circulation. Le retentissement sur le cœur des affections du tube digestif peut se faire par le seul intermédiaire de son appareil d'innervation sans participation de l'élément vasomoteur. "C'est pour cela que vous observez souvent de la tachycardie, de l'arythmie, des sensations angineuses, des faux pas du cœur, des intermittences, en l'absence de tout retentissement diastolique à gauche du sternum, signe révélateur de l'hypertension dans la petite circulation, et aussi en l'absence de tout symptôme cardio-pulmonaire."

Quand les intermittences cardiaques existent seules, elles sont très rarement l'indice d'une maladie du cœur. De même une arythmie cardiaque sans souffle valvulaire doit faire penser soit à l'artério-sclérose, soit à un acte réflexe.

DU SABLE INTESTINAL ET DE L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE. communication du Dr Albert MATHIEU à la Société Médicale des Hôpitaux, séance du 22 mai.—*Bulletin Médical*, Vol X, No 42.

L'étude clinique et chimique des calculs intestinaux a suscité un assez grand nombre de travaux; en revanche, le chapitre lithiase intestinale ne figure même pas dans les traités de pathologie les plus récents, dit le Dr. Mathieu; peut-être cela tient-il à ce que les matières fécales ne sont pas assez souvent examinées à ce point de vue.

L'expression de "sable intestinal" appartient à M. Laboulbène qui, en 1873, publiait un mémoire sur ce sujet, en s'appuyant sur six observations. Il faisait remarquer que le sable intestinal renfermait toujours des particules de silice encroûtées de matière organique et de phosphate ammoniac-magnésien.

Il pensait que les sels calcaires venaient se concréter autour des grains de silice et que les calculs intestinaux se formaient autour de ces noyaux comme les calculs urinaires autour d'un corps étranger quelconque. Les sels de chaux

lui paraissent venir du dehors. Une alimentation trop exclusivement végétale aurait fourni à la fois les grains de silice, centres des concrétions calculeuses, et les sels de chaux agglomérés autour.

Le docteur Mathieu vient d'observer deux cas de lithiase intestinale, l'un chez une femme de 28 ans, l'autre chez une femme de 52 ans. Dans les deux cas, il y avait de l'entérite muco-membraneuse très prononcée. L'analyse chimique a montré que les sables, dans les deux cas, étaient constitués essentiellement par une matière organique et du phosphate tricalcique, et, accessoirement, par du carbonate de chaux et des matières minérales diverses.

Le docteur Mathieu a passé en revue les cas de lithiase intestinale déjà publiés ; dans tous il y avait de l'entérite muco-membraneuse. Il se demande si ceci n'établirait pas une relation de cause à effet. La composition chimique des sables présente dans les différents cas une remarquable analogie. Ce qui y prédomine, ce sont les sels de chaux et plus particulièrement le phosphate. Cette composition chimique rappelle beaucoup celle des calculs appendiculaires—auxquels M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production de l'appendicite—celle aussi des gros calculs de l'intestin, celle enfin des calculs que l'on rencontre parfois dans les amygdales, dans les fosses nasales, et même dans les bronches.

Les calculs biliaires et urinaires, que l'on considère comme diathésiques, n'ont pas le phosphate et le carbonate de chaux comme base ; ce sont des calculs à formes d'acide urique, ou d'urates, ou d'oxalates, pour les voies urinaires, et constitués par des matières colorantes de la bile ou de la cholestérine pour les voies biliaires. Ce sont des calculs primaires ; les calculs secondaires ne se forment que lorsqu'il survient une inflammation de la muqueuse qui tapisse les réservoirs urinaires et biliaires.

Il semble que ce soient les produits de desquamation et de suppuration qui apportent les éléments calcaires aux dépens desquels se feront les concrétions. Peut-être le mucus y contribue-t-il aussi.

On se représente bien ainsi comment se constituent les concrétions intestinales lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse, c'est-à-dire une desquamation cellulaire abondante et une sécrétion très riche en mucus. Du reste, d'après une étude microscopique récente des mucosités et des membranes de l'entérite muco-membraneuse, on y trouverait des cristaux de phosphate de chaux. La production du sable à base de phosphate de chaux ne serait peut-être que l'exagération d'un processus normal.

Pour que des concrétions assez volumineuses pour constituer des grains de sable multiples ou de véritables calculs puissent prendre naissance, il faut admettre : 1o un apport anormal des sels calcaires, ce qui expliquerait bien la desquamation et la sécrétion muqueuse exagérées par le fait de l'inflammation ; 2o une véritable stase de ces produits, ce que réalise la constipation habituelle dans ces conditions. Il n'y a jamais production de calculs sans stase, quelque soit l'organe qu'on envisage.

On se représente très bien de cette façon que des calculs puissent prendre naissance dans les bronches dilatées, dans les cavités cryptiques des amygdales, dans les godets du gros intestin, dans l'appendice caecal chroniquement enflammé.

La production de la chaux, qui on le sait, incruste volontiers les divers amas de cellules en voie de nécrobiose n'est donc nullement l'apanage d'un organe. Est-elle la conséquence d'une modalité particulière de la vitalité de l'organisme entier, d'un état diathésique, en d'autres termes ? cela n'est pas démontré.

La lithiase appendiculaire à laquelle M. le prof. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production des accidents de l'appendicite doit être, d'après ce qui précède, la conséquence d'une inflammation antérieure de l'appendice. Si elle est d'origine diathésique, ce n'est qu'indirectement, parce que certaines per-

sonnes ont une prédisposition particulière congénitale et familiale à l'inflammation du diverticule de l'intestin.

Il y a là, on le voit, une importante question de pathologie générale à étudier.

TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE PAR LA STRYCHNINE, communication de M. COMBEMALE, de Lille, au Congrès des Sociétés Savantes, à Paris.—*Universal Medical Journal*, mai 1896.

Le Dr Combemale n'emploie pas la strychnine contre le delirium tremens, parce qu'il croit que l'isolement, les bromures, l'opium, le chloral, la paralaldéhyde, etc, sont à peu près suffisants pour rencontrer les principales indications et amener le sommeil. Lorsque l'insomnie a disparu, et c'est le signe le plus sûr que l'attaque est finie, il croit que le moment propice pour l'administration de la strychnine est arrivé. La période de dépression sera plus ou moins prolongée; la mauvaise nutrition déjà grande durant l'attaque aiguë, augmentera; toutes les fonctions vitales vont diminuer si l'on ne trouve pas un stimulant pour les activer; et comme, d'habitude, l'alcool est le stimulant que la victime recherche d'instinct, on tourne ainsi dans un cercle vicieux. Pour éviter ce désastre, il faut choisir pour le patient, non pas le laisser choisir lui-même, un stimulant qui soit un remède, et non pas une ration d'entretien. Le plus approprié de tous est la strychnine, car elle rencontre toutes les exigences qui nécessitent son emploi. Elle augmente l'excitabilité du bulbe et des reflexes médullaires, élevant ainsi la tonicité de tous les organes, tandis qu'au contraire les centres psychiques sont déprimés en proportion de l'excitation médullaire. Ce sont justement les deux indications de l'alcoolisme: éveiller les réactions nutritives et calmer les réactions cérébrales.

De plus, c'est un fait connu que les individus anesthésiés par le chloroforme, l'éther, les bromures, le chloral, ne ressentent que très légèrement les effets de la strychnine, et que par conséquent ses effets toxiques sont peu à craindre. Les conditions sont à peu près les mêmes après une attaque de delirium tremens; les reflexes étant affaiblis, les médicaments hypnotiques s'éliminant lentement, l'organisme ne réagira contre la dépression qu'avec de bonnes doses de strychnine. Le patient est mieux disposé alors à accepter le traitement, et quand, après quelques jours, l'action bienfaisante du remède se fait sentir, il sera alors le premier à en continuer l'usage.

Le Dr Combemale emploie le médicament de la manière suivante; $1\frac{1}{2}$ grain de strychnine est dissout dans 5 drachmes d'eau distillée, ce qui donne une solution qui contient $\frac{1}{12}$ de grain par 15 gouttes. Le premier jour, on injecte le quart d'une seringue dans la peau de l'abdomen, de préférence le matin; le second jour, on injecte une demi-seringue; les trois quarts le troisième jour et un centimètre cube ($15\frac{1}{2}$ gouttes) les jours suivants, sans dépasser cette dose. On ne cesse l'emploi du médicament que lorsqu'apparaissent les premiers symptômes de saturation: sensations de picotement dans les extrémités, ce qui arrive généralement vers le quinzième ou le vingtième jour. Après un repos de huit jours, on recommence les injections comme précédemment, pour les suspendre ensuite et les reprendre une troisième et dernière fois. Les effets du traitement sont immédiats et visibles. Les premiers symptômes qui disparaissent sont le tremblement des extrémités ainsi que celui du cœur. La marche s'affermi, l'appétit revient, et, ce qui est plus important encore, un dégoût incontestable pour l'alcool s'établit.

UN CAS DE DIAGNOSTIC DIFFICILE, rapporté par le Dr GARRETT à la Société Médicale de Toronto, séance du 5 mars.—*Dominion Medical Monthly*, Vol. VI, No 5.

Le patient avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment où le médecin est appelé à le voir. Il est pris soudainement d'une douleur très forte dans l'abdomen. Quand le médecin arrive, le malade se roule sur le plancher.

Morphine et repos au lit. Impossible de localiser la douleur sur un point particulier. La température, quelques heures après, est de 101°. On contrôle la douleur par des applications chaudes et la morphine. Lavements à l'eau chaude. Le diagnostic demeure incertain. Le malade étant pris d'une aggravation des symptômes, on fait venir immédiatement le médecin, mais le malade meurt avant son arrivée. Deux autres médecins avaient vu le malade : l'un pensait à une involution, l'autre à l'appendicite. Le Dr. Anderson trouva à l'autopsie une inflammation du péritoine, et après une recherche minutieuse, un petit ulcère rond dans la paroi postérieure de l'estomac.

CHIRURGIE

LES INTESTINS DANS LA CHIRURGIE ABDOMINALE, extrait d'un article du Dr Franklin H. MARTIN.—*Journal of the American Medical Association*, avril 1906.

L'article du Dr Martin est intitulé : "Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus." Nous en détachons le passage suivant, qui a trait à l'obstruction intestinale.

"Il faut dans la chirurgie abdominale surveiller constamment l'action des intestins. Ils sont le principal objet de notre attention dans le traitement préparatoire, notre plus grande source d'anxiété durant l'opération, et il faut, après celle-ci, surveiller leur entretien avec le plus grand soin. Toute notre anxiété nous vient, à part de la crainte de blesser l'organe, du désir d'en prévenir l'obstruction. C'est donc un point de technique que l'on peut toujours discuter avec profit.

Le Dr Ashton, de Philadelphie, dans un article très important, a très bien résumé la pathogénie des obstructions. Je cite le passage suivant, où il énumère les causes :

1o Adhésions entre les intestins et une surface cruentée ; a) sur un moignon d'omentum ; b) sur les lèvres de l'ouverture vaginale après une hystérectomie vaginale ou sus-pubienne ; c) sur un pédicule, d) sur des surfaces cruentées de la tunique intestinale.

2o Paralysie des intestins.

3o Spasmes locaux des intestins.

4o Obstruction fécale.

5o Languettes de lymphes inflammatoires.

6o Adhésions entre des replis intestinaux ou entre l'intestin et une partie adjacente, adhésions dues à une inflammation traumatique.

7o Invagination ou torsion de l'intestin par suite d'une technique fautive.

8o Prise de l'intestin dans le nœud d'une suture abdominale, ou entre les lèvres de l'incision.

9o Chute d'une anse intestinale à travers une fente ou une ouverture."

Pour ce qui s'agit des adhésions entre l'intestin et une surface cruentée, il faut s'efforcer de les prévenir pendant et après l'opération. Il faut manipuler et exposer les intestins aussi peu que possible, afin de ne pas provoquer l'hyperhémie ou la dénudation des surfaces. Il est nécessaire d'ourler les moignons d'omentum un peu considérables en repliant la surface cruentée par une suture en surjet au catgut ou par une ligature. Quand la dénudation du péritoine pelvien ou intestinal n'est pas compensée par une surabondance de séreuse dans le voisinage, il est bon de replacer les intestins aussi soigneusement que possible dans leur position normale. Il faut recouvrir les pédicules qui ont un certain

volumo de péritoine à l'aide d'une suture en surjet au catgut. La même chose doit se faire, lorsque c'est possible, pour les surfaces dénudées de l'intestin, lorsqu'elles ont un peu d'étendue, et les bords doivent être fixés solidement.

On peut éviter la paralysie de l'intestin en le vidant complètement avant l'opération de toutes les substances irritantes qui peuvent fermenter et causer de la distension, en rendant le contenu aseptique au moyen du bismuth et du salol, en employant la strychnine à hautes doses comme tonique musculaire. Les laxatifs doux, tels que la gaulthérie, le cardamome, etc., peuvent aussi servir d'antiseptiques et de toniques musculaires. Durant l'opération, si l'on veut éviter la paralysie, il faut ne pas manipuler ou froisser l'intestin. Après l'opération, on donnera des aliments non fermentescibles et facilement assimilables. On fera agir à bonne heure les intestins afin de les tenir vides et d'éviter la distension, qui amène rapidement la paralysie. Le meilleur moyen d'assurer la position normale de l'intestin, c'est de le faire agir à bonne heure et d'assurer le libre passage des gaz. S'il se forme après cela une adhérence, l'intestin sera fixé dans une position avantageuse, et non anormale.

Une éponge plate placée au-dessous de l'incision abdominale, après avoir étendu l'omentum avec soin, empêchera, pendant que l'on introduit les sutures ou lorsque l'on ferme la plaie abdominale, de saisir l'intestin dans un fil ou entre les lèvres de l'incision.

Lorsque l'on pratique une hystéropexie antérieure, il faut avoir bien soin de disposer les intestins de manière à ce qu'ils ne glissent pas dans l'espace laissé entre l'utérus et la paroi abdominale.

EXTIRPATION DU CARCINOME DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE, communication du Dr. MARTIN au collège des Médecins de Philadelphie — *Annals of Surgery*.

Voici comment le Dr Martin décrit les différentes phases de l'opération.

- 1o Tamponnement par en arrière de la narine du côté malade.
- 2o Sectionner d'abord la lèvre ; prolonger l'incision autour de l'aile du nez, appliquant les forceps sur chaque vaisseau qui donne ; prolonger rapidement l'incision à l'angle interne de l'œil puis en dehors le long du bord inférieur de l'orbite ; disséquer le lambeau aussi rapidement que possible et tant que la dissection n'est pas complète, ne compter que sur l'étanchement pour arrêter l'hémorrhagie ; ensuite appliquer les forceps sur tous les points saignants.
- 3o Détruire toutes les attaches osseuses avant de diviser la partie palatine, et faire cette dernière partie de l'opération aussi rapidement que possible avec une scie forte étroite et à poignée large. Pour cette partie de l'opération l'on tire le malade au bout de la table et on le place la tête pendante, de manière que le vertex se dirige en bas.
- 4o Dès que l'os est enlevé, on relève la tête du patient.
- 5o S'il y avait des excroissances malignes, on applique le cautère sur toutes les surfaces crues autour des excroissances.
- 6o On ferme la plaie par des sutures profondes isolées au catgut, et la peau par une suture continue au crin de cheval qu'on enlève dans les vingt-quatre heures.
- 7o Le traitement post-opératoire doit être basé non pas tant sur la compression du pansement que sur le renouvellement fréquent de l'antiseptie.

LE PUS DANS LE PETIT BASSIN, extrait d'un travail lu à la Société Gynécologique et Obstétricale de Baltimore par le Dr Thomas A. ASHBY. — *The American Journal of Obstetrics*.

Après avoir dit que l'on ne peut jamais trop se hâter d'agir, que le patient, soit en danger imminent ou non, lorsque l'on trouve du pus quelque part, et surtout dans le petit bassin, le Dr. Ashby ajoute : " Le sac de pus est une source de danger par le fait qu'il provoque constamment des attaques d'inflammation

pelvienne, inflammation qui amène à son tour l'adhérence de la membrane du sac au tissu environnant. L'enlèvement de ce sac devient alors plus difficile et plus dangereux, alors que, fait plus à bonne heure, il aurait offert moins de dangers pour la malade et plus de chance de retour à la santé. Tous ceux qui ont déjà enlevé de ces vieux sacs à parois adhérentes connaissent les difficultés et les dangers d'une telle opération, ainsi que les accidents post-opératoires que l'on voit assez souvent survenir après la guérison de la plaie abdominale. Combien de fois n'avons-nous pas à ouvrir une seconde et une troisième fois le ventre pour y drainer une nouvelle collection de pus produite par un vieux foyer infectieux laissé en arrière ! Car, même lorsque l'on enlève avec le plus grand soin ces vieilles collections purulentes, on n'est jamais sûr que chaque particule du sac infecté a été enlevée.

“ Les collections purulentes chroniques dans le petit bassin portent avec elles un risque de mort même dans leurs effets les plus éloignés. L'état local peut créer comparativement peu de douleur locale et peu de trouble. Il peut se faire que la patiente soit exempte de tout désordre pelvien au point d'amener son médecin à un diagnostic erroné. La formation du pus et son absorption peuvent se faire d'une manière tellement passive que l'on soit porté à rapporter les symptômes du cas à un état pathologique général, tel que l'anémie, la chlorose, la malaria ou la fièvre typhoïde. J'ai opéré une fois une patiente qui avait été traitée pendant des semaines pour la fièvre typhoïde ; comme la malade ne mourait pas et ne guérissait pas non plus, un nouveau médecin et un nouveau diagnostic firent découvrir une large collection purulente du petit bassin. L'opérée se rétablit rapidement une fois le sac de pus enlevé. Les effets éloignés du pus sont presque aussi pernicieux que ses effets immédiats. La différence dans les résultats est basée sur la rapidité et la violence avec lesquelles les symptômes, dans ce dernier cas, s'établissent, terrassant souvent la malade par la force soudaine de l'action inflammatoire ou septique, tandis que dans le premier cas les altérations chroniques du sang et les troubles nutritifs du cœur, des reins et des autres organes sont les indices les plus habituels de l'absorption du pus.”

LE GAIACOL ET LA COCAÏNE EN CHIRURGIE, communication de M. le Dr Paul RECLUS à l'Académie de Médecine, séance du 19 mai. — *Bulletin Médical*, vol. X, No 41.

On se rappelle qu'au mois de juillet dernier, Lucas-Championnière avait communiqué à l'Académie le résultat de recherches personnelles faites avec M. André, pharmacien, sur les propriétés du gaiacol employé comme analgésique local. Il en était arrivé à conclure que l'action analgésiante du gaiacol est aussi puissante que celle de la cocaïne, qu'elle est plus générale en ce qu'elle se fait sentir sur les tissus enflammés, et qu'enfin l'emploi du gaiacol est sans danger.

Le Dr Paul Reclus a expérimenté les deux médicaments dans son service, dans un certain nombre d'opérations où il anesthésiait la moitié du champ opératoire à la cocaïne, et la moitié au gaiacol.

Voici le résumé des principales observations du Dr Reclus.

Obs. I. — Circoncision chez un adulte pour phimosis congénital. Injection dans la région dorsale du prépuce d'huile gaiaculée à 5 0/0. Après dix minutes, incision avec les ciseaux. Douleurs assez vives. Anesthésie à la cocaïne du raphé, de l'insertion du frein et des lambeaux. Après cinq minutes, incision aux ciseaux. Aucune souffrance.

Obs. II. — Extirpation de la veine saphène pour ulcère variqueux. La ligne d'incision, sur le trajet de la veine, est anesthésiée, sur une longueur de deux pouces et demi, avec une solution de cocaïne au centième, et ensuite, sur la même longueur, avec de l'huile gaiaculée à 5 0/0. Au bout de cinq minutes pour la région cocaïnisée et de sept minutes pour la région gaiaculée, incision au bistouri. Douleur très vive dans celle-ci, absolument nulle dans celle-là.

Obs. III.—Cure radicale d'hydrocèle. La ligne d'incision sur la partie antérieure de la bourse droite est anesthésiée à la cocaïne ($2\frac{1}{2}$ pouces) et au gaïacol ($1\frac{1}{2}$ pouce). Après sept minutes, l'incision est indolore dans la première partie et douloureuse dans la seconde. Vingt minutes après, les sutures sont indolores dans la cocaïne et douloureuses dans le gaïacol.

Obs. IV.—Castration pour sarcome du testicule gauche. Le tracé de l'incision en raquette est anesthésié mi-partie à la cocaïne, mi-partie au gaïacol. Anesthésie pour la première, douleur conservée pour la seconde, après cinq et sept minutes. La cocaïne permet de couper le cordon sans douleur.

Obs. V.—Castration pour un volumineux sarcome tuberculeux. Le résultat est le même que celui de l'observation précédente pour ce qui concerne l'incision de la bourse. Le cordon est anesthésié au gaïacol. Le coup de ciseaux produit une souffrance extrêmement vive.

Après ce dernier échec, Reclus renonce à expérimenter le gaïacol, et il conclut que ce médicament est un analgésique local beaucoup plus lent et surtout beaucoup moins puissant que la cocaïne, et qu'il serait impossible de s'en servir, comme il le fait pour la cocaïne, dans des opérations aussi importantes que les anus artificiels, les cures radicales de hernies, les gastrotomies, l'ablation des hémorroides procidentes, les ovariectomies simples.

Est-ce vrai que la cocaïne soit inefficace sur les tissus enflammés? Non, dit Reclus. Il a pu s'assurer que de vastes collections purulentes, et jusqu'à des adéno-phlegmons du cou, pouvaient être ouverts sans douleur par l'analgésie cocaïnique, malgré l'épaisseur des tissus qu'il faut souvent traverser avant d'atteindre la cavité. Pour réussir il faut simplement une dose plus forte d'alcaloïde et une attente un peu plus longue entre le moment de l'injection et celui de l'intervention.

Reclus aborde ensuite la question du danger de mort dans l'usage de la cocaïne, et il affirme que toutes les fois qu'il y a eu mort ou accident peu après une injection de cocaïne, on avait méconnu ou violé les règles établies par l'expérience pour l'administration correcte de la cocaïne. Il y avait eu abus dans la dose ou dans le titre de la solution.

Le titre de la solution exerce une influence de premier ordre. La même dose de cocaïne, absolument innocente lorsqu'on l'injecte en solution diluée, devient dangereuse en solution concentrée. Quel que soit le titre de la solution, la dose de cocaïne ne doit pas dépasser $2\frac{1}{2}$ grains. Reclus pose les règles suivantes dans l'emploi de la cocaïne : solution à 1%, dose n'excédant pas $2\frac{1}{2}$ grains (15 centigrammes), décubitus horizontal, injection dans le derme et hors des gros vaisseaux. Il ajoute que c'est en se soumettant à ces règles qu'il a pu pratiquer plus de 3,500 opérations non seulement sans accidents, mais sans troubler l'équilibre physiologique de ses opérés.

La cocaïne lui semble indiquée : 1o dans toutes les opérations réglées, c'est-à-dire lorsque le chirurgien sait à l'avance quels trajets suivra son bistouri, parce qu'il faut anesthésier ce trajet ; et 2o lorsque le champ opératoire n'est pas trop étendu. La première condition exclut presque toute la chirurgie abdominale en dehors des ovariectomies simples, et la seconde les grandes amputations. Reclus cependant a pu faire avec succès une amputation de bras et d'avant-bras dans un cas où certaines conditions particulières avaient contre-indiqué sous peine de mort l'anesthésie générale.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA CHOLÉLITHIASÉ VÉSICULAIRE, discussion à la Société de Chirurgie, séances du 6, du 13 et du 20 mai.—*Bulletin Médical*, Vol. X., Nos 40 et 42.

Dr MICHAUX.—Des différentes variétés de lithiasé biliaire, celle qui intéresse la vésicule est la plus intéressante au point de vue du diagnostic, parce qu'elle peut affecter plusieurs formes, et au point de vue de l'intervention, je ne suis pas de l'avis du Dr Tuffier, qui préfère la cholécystostomie. J'ai fait dix cholécys-

tectomies avec deux guérisons, et de deux autres cas où j'ai fait suivre l'opération de la cholécystectomie, j'en ai perdu un.

Bien que la cholécystostomie paraisse une opération assez simple, il peut arriver que par suite de la friabilité de la paroi de la vésicule biliaire, on éprouve de la peine à la fixer à l'aponévrose. Lorsqu'elle est située profondément, il n'est pas toujours aisé d'extraire des calculs qui parfois sont enchâtonnés ou placés derrière les premières valvules du canal cystique. Enfin cette vésicule est déjà infectée quand on opère et des accidents graves peuvent en être la conséquence.

De telles complications n'existent pas dans la cholécystectomie, dont le manuel opératoire est en général très simple. Décoller la vésicule, la pédiculiser, la lier et l'extirper sont les temps successifs de l'opération.

Les résultats obtenus avec les deux interventions sont à peu près identiques. La cholécystectomie est plus radicale que l'autre opération, et en prenant certaines précautions de ligature, on n'a pas à craindre de fistule ultérieure, ce que l'on voit souvent survenir avec la cholécystostomie. L'extirpation de la vésicule est mieux indiquée chez les sujets jeunes et résistants dont la vésicule, bien limitée, ne présente par d'adhérences.

Dr BROCA.—Le diagnostic de cette variété de lithiase est difficile à porter. Quand on est à peu près assuré que l'extirpation sera aisée, c'est à mon avis l'opération de choix.

Dr SCHWARTZ.—Rapporte six observations, avec deux morts et quatre guérisons. La première malade présentait une tumeur de la vésicule biliaire contenant un certain nombre de calculs. Cholécystostomie dans d'assez mauvaises conditions ; la malade est morte rapidement de péritonite par suite de l'éclosion probable des points de suture.

Le second cas est une femme de 57 ans, ayant une tumeur qui offrait les caractères d'une tumeur hépatique et rénale. Incision lombaire et néphrorraphie. Pendant l'opération, le Dr Schwartz constate qu'il y a près du rein et adhérente à lui une tumeur faisant saillie par l'abdomen. Laparotomie, grosse vésicule contenant six calculs. L'opérateur pratique une cholécystectomie, le pédicule de la tumeur étant assez long. Mort subite 48 heures après l'opération. A l'autopsie pas de péritonite, dilatation énorme de l'estomac et lésion cardiaque ancienne.

Les trois malades suivantes présentaient une tumeur ayant les caractères ordinaires des tumeurs vésiculaires calculeuses. Cholécystectomie, dans deux cas drainage du pédicule. guérison parfaite.

La dernière malade, une femme de 60 ans, avait un phlegmon de la paroi abdominale et en arrière de l'aponévrose une grosse collection vésiculaire. Cholécystectomie et guérison.

Le Dr Schwartz estime que la cholécystectomie est indiquée chez les sujets jeunes et robustes quand il n'y a pas de calculs dans le cystique et le cholédoque et lorsque le pédicule peut-être doublement lié. Dans ces conditions elle est une opération bénigne et la guérison est plus rapide et plus radicale. Dans les cas contraires ou en présence d'infection des voies biliaires, la cholécystostomie doit être préférée.

Dr GÉRARD MARCHANT.—A opéré trois femmes chez qui la tumeur n'avait été précédée ni d'ictère, ni de colique hépatique, mais de troubles digestifs divers. Dans un cas, la vésicule contenait 41 calculs et était recouverte par un prolongement du foie. Les trois cas furent opérés par la cholécystectomie. Deux ont guéri complètement ; la troisième malade, qui avait en même temps un épithélioma, a relevé de l'opération, mais le cancer s'est généralisé et a plus tard amené la mort.

« Si le diagnostic de ces tumeurs, dit le Dr. Marchant, est parfois difficile, en particulier d'avec le rein mobile, il ne faut pas exagérer, toutefois, cette difficulté. On devra se souvenir que la tumeur, en continuité avec le foie, en suit les mouvements, qu'elle ne se réduit jamais complètement et n'échappe pas à la palpation et qu'il ne faut pas se fier, pour l'affirmer, sur l'existence de

l'ictère et de coliques hépatiques, qui manquent dans la plupart des cas. Je crois que la cholécystectomie sera l'opération de choix chez les sujets jeunes, bien portants et quand la tumeur est libre d'adhérences et bien circonscrite. La cholécystostomie est, au contraire, indiquée dans les circonstances opposées.

Dr ROUTIER.—Le Dr Routier a opéré sept femmes et un homme. Tous ont présenté, en général, le syndrome : colique hépatique. La douleur n'a jamais manqué ; elle siègeait au niveau du foie, plus particulièrement au niveau de la vésicule, et la simple pression à cette endroit l'exaspérait. La perception de la tumeur biliaire n'a été nette que dans deux cas.

S'il n'y a pas de signes absolus et toujours constants de la tumeur biliaire, il y a toujours une réunion de symptômes qui permettent d'arriver au diagnostic. Quand la tumeur n'est pas appréciable à la palpation, les crises antérieures de coliques hépatiques avec ou sans ictère, la douleur, surtout augmentée par la pression de la région, l'état adynamique déprimé spécial, différant de la cachexie cancéreuse, sont des signes très importants.

Le Dr Routier admet que le diagnostic n'est pas toujours facile. Il est tombé deux fois, après laparatomie, sur un cancer du foie. Il a fait trois cholécystectomies avec une mort et cinq cholécystotomies sans mort aucune. Il ne croit pas à la possibilité d'établir une règle absolue dans le choix de l'opération. Lui-même s'est toujours laissé guider par les circonstances.

Il est fort inutile d'établir par les statistiques des divers opérateurs, par conséquent avec des facteurs de nature différente, une sorte de comparaison entre la cholécystectomie et la cholécystostomie au point de vue de leur gravité. Il a été frappé, pour sa part, de la bénignité des interventions sur le foie, quelles que soient les lésions qu'on attaque.

Voici comment le Dr Routier a pratiqué la cholécystostomie. Après avoir cherché la vésicule cachée par le colon, un lipome ou des adhérences, et constaté l'impossibilité de fixer les vésicules à l'ouverture abdominale à cause de la friabilité de leurs parois et de leur rétraction, il a tout simplement ouvert ces vésicules, mis un drain dans leur cavité nettoyée, puis, étalant au-dessous une mèche de gaze iodoformée, il a refermé la plaie du ventre sauf le point par où sortaient les drains et la mèche. Celle-ci était le plus souvent enlevée le quatrième jour, et le drain au bout de huit à dix jours.

On a beaucoup reproché à la cholécystostomie la fistule biliaire consécutive. La bile coule, en effet, en grande quantité le ou les premiers jours par l'orifice fait à la vésicule, mais cette quantité diminue bien vite, et presque aussitôt, les malades, d'abord très amaigris, reprennent rapidement de l'embonpoint, et bientôt la fistule se ferme. Chez les opérées du Dr Routiers les fistules se sont taries entre 13 et 28 jours.

“ Dans le cas de calcul de la vésicule, dit le Dr Routier en concluant, la conduite du chirurgien doit être dictée par les circonstances ; il enlèvera la vésicule s'il le peut sans compliquer son opération ; dans le cas contraire, il pourra se contenter de la cholécystotomie, avec la ferme conviction de voir ses malades guérir souvent aussi bien et presque aussi vite, sans avoir fait une opération ni plus ni moins grave.”

Dr MONOD.—Lorsque je me trouve en présence d'une tumeur vésiculaire, je commence par ponctionner le liquide, puis j'incise la vésicule et j'en extrais les calculs, et j'ai recours à la cholécystectomie s'il n'y a eu ni ictère, ni coliques hépatiques. s'il n'y a pas d'écoulement de bile et si le canal cholédoque est libre. Dans les autres cas, je pratique la cholécystostomie.

Dr REGNIER.—Il y a lieu de distinguer, dans les cas de tumeurs biliaires, celles qui résultent de la présence d'un cancer et celles qui sont dues à une obstruction des canaux par calculs. Au point de vue des suites opératoires, il y a peut-être un rapport à établir entre la suppression de la vésicule et les infections ultérieures possibles.

FRAGMENTATION SPONTANÉE DES PIERRES DANS LA VESSIE, résumé d'un article du Dr Debout d'Estrées, de Contrexéville.—*British Medical Journal*, mai 1896.

Il y a trois manières d'expliquer la fragmentation spontanée des calculs.

La première est la théorie de Civiale : contraction énergique de la vessie dont la tunique musculaire est hypertrophiée.

La seconde est celle-ci : exfoliation ou rupture des crevasses de la couche périphérique d'un gros calcul, ou de calculs petits et nombreux que l'urine n'humecte plus soit à cause de leur volume, soit à cause de leur nombre.

La troisième est celle du Dr Ord : éclatement du calcul causé par l'expansion du noyau.

La théorie du Dr Civiale n'est pas adoptée par tout le monde et se trouve contredite par un grand nombre de cas observés à Contrexéville et aussi par les spécimens présentés par les Drs Wilberforce Smith et Hurry Fenwick, en 1890, à la Société Pathologique. Ce n'est pas une raison cependant pour la rejeter. Et le Dr d'Estrées cite un cas opéré par Segond et où les calculs étaient si nettement fracturés qu'il ne pouvait être question d'exfoliation ou d'éclatement. La cause probable était les contractions énergiques de la vessie provoquées par des douleurs intenses.

Quant à la théorie de l'exfoliation, le Dr d'Estrées n'a jamais observé de cas, durant ses vingt-huit dernières années de pratique, où elle put être invoquée comme cause de la fragmentation.

L'éclatement du noyau semble être l'explication qui s'adapte le mieux aux nombreux exemples de calculs fragmentés que le Dr d'Estrées a vu à Contrexéville, à l'hôpital Necker de Paris, au Collège des Chirurgiens de Londres à New-York, à Boston et à Saint-Pétersbourg. La chimie n'a pas encore expliqué pourquoi certains calculs composés d'acide urique ou d'urates éclatent, alors que d'autres n'éclatent pas. L'âge n'a rien à y faire. On a constaté la fragmentation des calculs chez les enfants comme chez les vieillards. Généralement, les fragments sont de l'épaisseur d'une coquille d'œuf, et les noyaux sont nettement détachés. Dans certains cas, cependant, on trouve des fragments adhérents au noyau.

En somme, il ne faut pas être trop exclusif dans l'explication de la fragmentation des pierres dans la vessie.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES, procédé de Péan tel qu'exécuté par Paul Segond à la Salpêtrière ; d'après les notes du Dr Georges Lévy.—*Journal de Médecine de Paris*, Vol. XVI, No 20.

La malade a été baignée la veille. Depuis plusieurs jours, elle est soumise à une antiseptic vaginal minutieuse (injections au sublimé à 1/2000, pansements à la gaze iodoformée). La veille au matin, elle a été purgée et le soir a pris un lavement glycéric pour débarrasser le rectum.

Pour l'opération, elle est placée dans la position dorso-sacrée, les pieds solidement fixés par quelques tours de bande aux deux porte-cuisses de la table d'opération. La vulve et le pubis sont soigneusement rasés, le vagin est désinfecté, d'abord au savon avec une sorte de doigt de gant garni de crin comme un rince-bouteilles, puis avec une solution de sublimé à 1/1000 : de même la vulve, l'hypogastre et la face interne des cuisses sont désinfectés au savon et au sublimé, et recouverts de compresses stérilisées ; la vessie est soigneusement vidée de son contenu.

Quatre aides sont nécessaires. L'un est chargé de l'anesthésie (M. Segond emploie l'éther donné avec le masque de Wanschér) ; le deuxième, assis à la droite de l'opérée, maintient les écarteurs ou les pinces à préhension ; le troisième passe les instruments ; le quatrième est chargé des éponges qui sont montées sur des pinces à anneaux dorés, ce qui permet de les distinguer des pinces à préhension ou des pinces hémostatiques.

M. Segond commence par faire le curettage de la cavité utérine dont la surface est ensuite soigneusement étanchée à l'aide d'un morceau de gaze stérilisée enroulée à l'extrémité d'une pince à mors longs.

Cette précaution antiseptique prise, le col est saisi par chaque lèvre au moyen de deux pinces de Museux. Deux écarteurs courts dépriment les parois vaginales antérieure et postérieure et découvrent largement le champ opératoire. Le vagin est désinséré au bistouri par une incision circulaire complétée de deux incisions libératrices latérales abaissées perpendiculairement de la base des ligaments larges sur l'incision circulaire.

Le chirurgien abandonne alors le bistouri et avec l'ongle du pouce droit (1) décolle la vessie de la face antérieure de l'utérus. Si quelques tractus fibreux résistent à l'ongle on les sectionne à petits coups avec des ciseaux dont la pointe rase le tissu utérin. Le décollement de la vessie est ainsi continué aussi loin que possible. Dès qu'il est terminé, l'écarteur supérieur est enlevé, puis l'aide saisit les pinces qui fixent le col et l'attire fortement en haut. Alors, de la même façon qu'en avant, la muqueuse vaginale est décollée en arrière et le cul-de-sac péritonéal ouvert d'un coup de ciseaux. Cette ouverture est agrandie avec les doigts, et un long écarteur de Péan, substitué à la valve courte du début, vient refouler et protéger le rectum. Le chirurgien saisit de la main gauche les pinces qui immobilisent le col, puis refoule la vessie avec un écarteur court qu'il confie à un aide ; reconnaissant alors avec le doigt la base des ligaments larges, il place sous ses yeux deux pinces à mors courts et solides sur les utérines à la base de ces ligaments, bien au ras du tissu utérin. La portion de ligament ainsi hémotasiée est sectionnée et le col devenu libre comme un battant de cloche descend dans le champ opératoire. Deux coups de ciseaux au niveau des commissures le transforment aussitôt en deux valves antérieure et postérieure. Une forte pince de Museux est placée à la base de la valve postérieure et toute la portion du col située au dessous est réséquée. L'écarteur postérieur est enlevé et jusqu'à la fin de l'opération, c'est la forte pince de Museux amorcée solidement sur la valve utérine postérieure qui en tiendra lieu. La valve antérieure est alors attaquée par hémisection et abaissée par des pinces amarrées de plus en plus haut sur les deux lèvres de l'incision. A ce moment, le cul-de-sac péritonéal antérieur est presque toujours ouvert et la face péritonéale de l'utérus apparaît. Alors commence à proprement parler le morcellement. Armé d'un long bistouri courbe l'opérateur évide peu à peu la paroi antérieure de l'utérus dont il résèque des fragments en forme de cônes à sommet supérieur (*évidement concide central*). Deux ou trois coups d'évidement le conduisent sur un fibrome.

Celui-ci est-il volumineux ? Il est alors immobilisé avec une pince de Museux ou mieux avec une sorte de tire-bouchon, puis morcelé par une série d'évidements conoïdes pendant que des pinces à préhension fixent et éversent au dehors la paroi utérine qui le contient. Ainsi diminué de volume l'utérus s'engage un peu plus dans la filière vaginale : toute la portion nouvelle devenue accessible sous la traction des pinces est morcelée jusqu'au moment où un nouveau fibrome apparaît. Est-il encore de gros volume ? on le traite comme le premier. Est-il petit, comme une noix, on l'énuclée avec une érigne à long manche dite crochet de Péan. La masse néoplasique s'amointrit de plus en plus, grâce à ces manœuvres répétées, et bientôt son volume est tellement réduit, que le fond de l'utérus apparaît à la vulve avec le bord supérieur des ligaments larges. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien les annexes peu ou pas adhérentes sont entraînées à la suite de l'utérus, ou bien elles restent fixées dans le petit bassin. Dans le premier cas, on place de *haut en bas* une série de pinces à mors courts sur les ligaments larges qui sont sectionnés au ras des pinces. Dans le second cas, les pinces sont placées en dedans des annexes et c'est seulement quand l'utérus est

(1) Au cas où l'utérus serait très élevé et inaccessible au doigt on ferait ce décollement avec l'écarteur contre-coudé de Péan.

enlevé qu'on va à leur recherche. L'ablation des annexes doit être abandonnée si elle nécessite des manœuvres trop longues ou trop pénibles. Quoi qu'il en soit, s'il est possible de les énucléer, une pièce hémostatique est placée en dehors d'elle et on les résèque.

Les pinces hémostatiques laissées sur les ligaments larges sont alors réunies en deux faisceaux droit et gauche que deux aides maintiennent comme deux écarteurs latéraux. Deux écarteurs de Péan sont appliqués en haut et en bas. Une éponge refoule les intestins et l'épiploon qui ont tendance à faire hernie dans la vaste brèche vaginale. Toute la région opératoire est ainsi comme étalée sous les yeux. On parfait l'hémostase en pinçant tous les points qui saignent : quand on s'est assuré qu'aucun vaisseau ne saigne plus on fait le pansement. Il est fort simple. Des mèches de gaze stérilisée sont portées au delà des pinces et leur extrémité profonde tassée en accordéon, ferme l'ouverture péritonéo-vaginale. Trois ou quatre mèches sont généralement nécessaires. Les anneaux des pinces sont entourés d'une compresse stérilisée et une sonde à demeure est mise dans la vessie.

Le soir de l'opération une vessie de glace est placée sur la région hypogastrique et laissée trois ou quatre jours. Les pinces sont retirées au bout de 48 heures : les mèches seulement au 8e jour, si la température reste normale. Les deux premiers jours, on donne seulement du champagne ou du grog glacés, les forces sont soutenues avec des injections de sérum artificiel ; les douleurs calmées avec des piqûres de morphine. Le soir du 3e jour on donne un lavement.

Une fois les mèches enlevées on pratique des injections vaginales antiseptiques à faible pression.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET LA SÉROTHÉRAPIE. Société Obstétricale de France, *Quatrième session tenue à Paris du 9 au 11 avril.*—M. CHARPENTIER.—Je suis arrivé à réunir 40 observations de sérothérapie dans la fièvre puerpérale ; ces observations se rapportent à l'emploi des deux sérums antistreptococciques obtenus au commencement de l'année 1895 par MM. Roger et Charrin d'une part et par M. Marmorek, d'autre part.

Ces 40 observations comprennent 22 guérisons, 17 morts et 1 cas nul (psychose centrale mortelle), soit une mortalité de 47,56 %, qui se réduit à 35,25 %, si l'on écarte 5 cas où le traitement fut appliqué trop tard.

Dans aucune de ces observations, le sérum n'a été employé seul, à l'exclusion de tout autre mode de traitement.

25 fois l'examen bactériologique fut pratiqué. On a trouvé 16 fois le streptocoque pur, 8 fois le streptocoque associé au staphylocoque, 1 fois la bacille de Loeffler. La proportion des guérisons a été un peu plus élevée dans les cas où le streptocoque était à l'état de pureté : 9 guérisons sur 16 cas contre 4 guérisons sur 8.

Il y a encore une grande incertitude au point de vue des sérums employés et de la quantité à injecter. Les doses ont varié de 4 c. c. à 360 c. c. Il n'y a donc rien de précis ; il est impossible aujourd'hui de se borner à ce mode de traitement. Le sérum ne réussit pas toujours, même quand il s'agit de streptocoque pur ; il est loin d'avoir l'efficacité du sérum antidiphthérique. Enfin le sérum peut amener des accidents (un cas de mort signalé par M. Gaulard, de Lille). La sérothérapie doit être appliquée avec une grande prudence ; ce n'est

pas dire qu'il faille la rejeter absolument. Elle n'est pour le moment qu'un adjuvant des autres méthodes.

M. DUBRISAY rapporte l'observation d'une femme qui au troisième jour de son accouchement fut prise de frissons et présenta une température très élevée. 32 heures après les accidents, elle reçut une injection de 10 c. c. de sérum de Marmorek. On avait constaté dans le col la présence de streptocoque pur.

La malade reçut en tout 4 injections soit 40 c. c. de sérum en 4 jours. Cinq jours après la dernière injection, les lochies ne renfermaient plus de traces de streptocoques. Mais il faut dire que le traitement local, injections d'eau iodée, avait été appliqué avant l'emploi du sérum et fut repris dès qu'on cessa les injections. La chute de la température ne s'est faite que 4 jours après l'arrêt des injections. 24 heures après la première injection, la malade présenta de l'érythème à la vulve et au sein gauche. En somme, la sérothérapie ne semble pas dans ce cas avoir produit de résultat.

M. BAR. — Il ne faut pas dans cette question se payer de mots. Le mot *fièvre puerpérale* ne veut rien dire ; il y a des *infections puerpérales* et le streptocoque n'est pas toujours seul en cause.

Marmorek et Roux croient cependant que le sérum a une action non seulement sur le streptocoque, mais aussi sur les autres microbes. M. Sevestre croit que le sérum antidiphthérique exalte la virulence du streptocoque. Pourquoi n'en serait-il pas de même du sérum antistreptococcique vis-à-vis des autres micro-organismes, staphylocoques, etc. ?

Il faut bien connaître le sérum qu'on emploie, tous les sérums, âne, cheval, etc., n'étant pas également supportés ; mais il importe surtout de connaître la méthode d'immunisation employée, le sérum n'étant en réalité qu'un véhicule.

Le sérum de Marmorek est très changeant. Il est bon de connaître la virulence de l'infection contre laquelle on peut lutter en même temps que la puissance du sérum.

Nous avons traité 19 cas par le sérum de Marmorek et 6 cas avec le sérum de Roger.

Les 19 cas de Marmorek nous donnent en bloc 10 morts et 9 guérisons. Si nous éliminons 3 cas où le sérum fut employé *in extremis* et 3 cas où l'examen bactériologique ne fut pas fait, restent 13 cas bien étudiés avec 6 morts.

Dans les 6 cas de Roger, nous avons employé le sérum fabriqué par Roger et Charrin eux-mêmes. Un cas doit être éliminé pour absence d'examen bactériologique. Restent 5 cas avec 4 morts.

Il est probable que les sérums employés (Roger et Marmorek) étaient insuffisants. Suffisants dans la streptococcie cutanée (érysipèle), ils ne le sont plus dans les infections générales. Dans l'érysipèle des enfants même, nous avons eu 4 morts sur 4 cas, ce qui tient à ce que l'érysipèle des nouveau-nés est très grave.

Peut-être aussi injectons-nous trop tard nos femmes. Marmorek obtient d'excellents résultats quand il immunise les animaux, mais lorsqu'il veut traiter une infection déjà déclarée, il échoue. Aussi dans les cas où les résultats ont été satisfaisants, devons-nous croire que nous avons affaire à des cas bénins ou bien avions-nous injecté de très bonne heure.

Nous ne croyons pas, M. Tissier et moi, que tout traitement actif du côté de l'utérus doit être supprimé comme le voudrait Marmorek. Marmorek attribue nos échecs au traitement intra-utérin. Pourquoi ?

Le sérum ne paraît donc pas donner les excellents résultats qu'on avait annoncés, mais ne peut-il pas en outre donner lieu à des accidents ? Il est difficile de traiter la question à cause du petit nombre de faits que nous possédons. Nous avons vus des abcès ; peut-être les sérums étaient-ils mal préparés ? Dans un cas, le pus d'un de ces abcès renfermait beaucoup de streptocoques. Le fait nous a frappé.

Une femme que nous avons observée à Saint-Louis, M. Tissier et moi, a reçu une centaine de centimètres cubes de sérum en 20 jours. Quatre jours après la

cessation des injections, la température s'est abaissée peu à peu, puis la malade s'est affaiblie progressivement jusqu'à la mort. Est-ce le sérum qui a entraîné ce résultat ? On ne saurait le dire.

Dans un autre cas, 10 jours après l'arrêt des injections du sérum, une femme fut prise d'accidents très graves avec douleurs rhumatismales, érythème, anhélation, tendance à la syncope et ces accidents ont duré plusieurs jours.

En résumé, les sérums sont-ils capables d'apaiser les accidents ? Peut-on compter sur eux ? Non. On ne peut pas dire non plus qu'ils sont nuisibles. Dans les infections légères ils peuvent rendre des services. Ils peuvent aussi donner des accidents. Si le sérum est insuffisant, il paraît bien également que le traitement employé dans les maternités l'est aussi. Le traitement intra-utérin ne va pas au delà de l'infection locale.

M. CHARPENTIER confirme les paroles de M. Bar. Il ajoute que si le traitement intra-utérin était appliqué dès les premiers symptômes de l'affection, on obtiendrait presque toujours de bons résultats.

M. BOISSARD trouve MM. Bar et Charpentier trop indulgents ; les résultats du sérum sont mauvais. Il serait bon de protester et de ralentir les expériences.

M. BUÉ a constaté deux fois de l'albumine chez quatre femmes traitées par le sérum.

M. BAR. — J'ai constaté que le sérum n'a jamais provoqué l'albuminurie. Pour répondre à M. Boissard, je dirai qu'il est excessif de protester. Protestons contre ceux qui ne craignent pas d'annoncer des résultats erronés, mais non contre la méthode qui est, en somme, la méthode de l'avenir.

(Revue des maladies des femmes.)

LE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE.—On se rappelle les espérances qu'avaient fait naître les premières applications du sérum antistreptococcique à l'infection puerpérale. Une année s'est écoulée, guère plus, puisque les premières communications de MM. MARMOREK, ROGER et CHARRIN ont été faites le 23 février 1895 à la Société de Biologie, et déjà on a pu recueillir un ensemble de faits suffisants pour affirmer tout au moins l'inefficacité de ce mode de traitement, avec les sérums employés jusqu'à ce jour.

Cette conclusion se dégage bien nettement de la discussion qui avait lieu, ces jours-ci, 10 avril 1896, à la *Société obstétricale de France*.

Sur 40 observations réunies par M. CHARPENTIER, grâce à l'obligeance d'un certain nombre d'accoucheurs, il y a eu 22 guérisons, 17 morts, 1 résultat nul, c'est-à-dire une mortalité de 42,5 0/0. Si l'on retranche 5 cas traités *in extremis*, ainsi que le résultat nul, il reste encore une mortalité de 35,29 0/0. Sur 40 cas, il y a eu 25 fois examen bactériologique. 16 fois on a trouvé du streptocoque pur avec 9 guérisons et 9 morts et 9 fois du streptocoque combiné avec le staphylocoque ou le bacterium coli avec 4 morts et 5 guérisons. M. GALLARD, dans un cas, n'hésite pas à regarder le sérum comme responsable de la mort d'une malade.

On a observé assez souvent des érythèmes, des urticaires, des accidents nerveux plus ou moins inquiétants, M. BUÉ a vu deux malades devenir albuminuriques après le traitement, alors qu'elles ne l'étaient pas auparavant. Quelquefois, il y a eu des abcès à streptocoques au siège même de l'injection sous-cutanée. MM. BAR et TISSIER ont vu, à Saint-Louis, dans un cas, après les injections de Marmorek, la température tomber progressivement à la normale, puis la malade entrer dans un état de langueur, de faiblesse avec tendances syncopales, avec amaigrissement et anhélation qui s'est terminé par la mort. On ne peut se permettre d'accuser le sérum, mais il faut dire qu'on ne voit jamais une infection puerpérale évoluer de la sorte.

Insuffisant par lui-même, dangereux peut-être, le sérum ne serait-il pas plus

nuisible encore en empêchant d'utiliser les moyens locaux qui ont sauvé déjà tant de malades? La question est grave, on saurait se le dissimuler.

Voici, ce que disent à ce sujet MM. BAR et TISSIER : " Il est un point sur lequel l'entente est loin d'être faite et sur lequel nous différons absolument d'avis avec MM. Roux et Marmorok. Ces expérimentateurs affirment que le sérum antistreptococcique ne peut utilement agir si, en même temps qu'on l'administre, on continue de faire aux infectées un traitement intra-utérin (injections, écouvillonnage, curettage, etc.) Nous nous sommes soumis au début à leurs injonctions, quelque dures qu'elles nous parussent; plus tard, constatant que l'état ne s'améliorait nullement et craignant d'assumer une responsabilité trop lourde, nous avons cru devoir nous y soustraire. Mais MM. Roux et Marmorok sont formels : ils ne mettent pas en doute que la cause de nos échecs est la continuation du traitement local en même temps qu'on injecte sous la peau le sérum antistreptococcique. M. Marmorok recommande essentiellement, encore aujourd'hui, aux médecins qui lui demandent du sérum, de s'abstenir de toute espèce de traitement. L'un de nous en avait encore la preuve, il y a trois jours, appelé qu'il était en province, auprès d'une femme mourante; celle-ci avait reçu du sérum depuis sept ou huit jours, mais n'avait plus eu, par ordre, d'injections intra-utérines; or, elle mourait le soir de la visite."

C'est donc bien là le nœud de la question, et MM. BUDIN et BOISSARD ont eu raison de protester, comme ils l'ont fait, non contre la sérothérapie, mais contre la prohibition des moyens autres que le sérum. " J'ai eu, dit M. Budin, de longues conversations à ce sujet avec M. Marmorok; je n'ai pu comprendre qu'on veuille nous faire renoncer à la détersion et au lavage de l'utérus infecté à l'aide des irrigations, des écouvillons, de la curette, alors qu'on ne nous offrait, en échange, qu'un moyen douloureux, riche en promesses pour plus tard, mais de peu de sécurité pour le présent."—*Revue des maladies des femmes.*)

J. BATAUD.

NOUVEAU CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE NÉCESSITÉE PAR UNE VENTROFIXATION.—Il se produit, en ce moment, une réaction très nette contre les interventions chirurgicales destinées à fixer artificiellement l'utérus rétro-dévié, réaction que nous avons prévue et à laquelle nous avons participé, depuis plusieurs années, dans ce journal.

M. ABEL (*Société de médecine berlinoise*, mars 1896) rapporte un nouveau cas d'opération césarienne nécessitée par une ventrofixation de l'utérus. " Au mois de juillet 1894, dit-il, j'ai dû pratiquer l'opération césarienne chez une femme âgée de trente-cinq ans, qui accouchait pour la seconde fois. L'opérée guérit et mit au monde un enfant vivant.

" Cette intervention avait été rendue nécessaire par le fait de mutilations (amputation du col, ventrofixation de l'utérus, etc.) que la malade avait subies antérieurement pour rétroflexion de la matrice s'accompagnant de douleurs lombaires et d'un écoulement utérin.

" J'ai observé beaucoup d'autres faits du même genre; on ne saurait trop s'élever contre la tendance exagérée qu'ont certains gynécologistes à combattre par des opérations, le plus souvent inutiles, des maladies sans gravité.

" La rétroflexion de l'utérus, en particulier, ne réclame que très rarement l'intervention chirurgicale, et, en tout cas, cette affection n'est jamais mortelle, tandis que l'opération par laquelle on cherche à y remédier peut l'être parfois.

Interrogé par M. MACKENRODT (qui reconnaît cependant qu'on a abusé de la ventrofixation), sur la nécessité absolue de l'opération césarienne dans ce cas, M. ABEL ajoute qu' " il était absolument impossible d'effectuer l'accouchement par les voies naturelles. En effet, le rétrécissement cicatriciel du segment inférieur de l'utérus ne permettait même pas l'introduction d'un doigt dans l'orifice externe du col. Après ouverture de la cavité abdominale, l'enfant et le placenta purent être extraits facilement. L'amputation de l'utérus, d'après la

méthode de Porro, était formellement indiquée afin de mettre cette femme à l'abri d'une nouvelle grossesse qui aurait amené les mêmes conséquences."

A la même séance, M. LANDAU s'associe à l'opinion émise par le précédent orateur. "Quant à la vagino-fixation, comment traitait-on donc autrefois les femmes atteintes de rétroflexion? Par le repos, les pessaires, le massage, etc. Ces moyens me semblent beaucoup plus rationnels qu'une opération qui consiste à immobiliser un organe que la nature a, au contraire, créé essentiellement mobile. Du reste, la vagino-fixation n'a été recommandée par Olshausen qu'avec de grandes réserves. Selon moi, cette opération n'est pas rationnelle tant que l'utérus a conservé sa mobilité.

Je ferai remarquer encore une fois, ajoute-t-il, que dans la plupart des cas j'ai pu soigner mes malades avec succès sans avoir recours à une opération. A mon avis, la vagino-fixation et la ventro-fixation ont plus d'inconvénients que la rétroflexion elle-même."

Voici, d'autre part le résumé que nous donne la *Revue internationale de médecine et de chirurgie* (10 mars 1876), d'un travail de STRASSMANN (*Centrabl. f. Gyn.*, No 49, 1895) sur la marche de la grossesse et de l'accouchement après antéfixation de l'utérus.

"L'antéfixation de l'utérus peut se faire soit à la paroi abdominale, soit à la vessie. La ventrofixation entraîne peu de dangers pour l'accouchement surtout lorsqu'elle est pratiquée par le procédé d'Olshansen. Le procédé de Cyering-Léopold peut provoquer quelques difficultés pour l'accouchement, mais beaucoup moins sérieuses que la vagino-fixation.

"L'opération d'Alexander et autres analogues ne sont point dangereuses pour la grossesse, ni pour l'accouchement. C'est certainement la vagino-fixation qui présente le plus de dangers.

"Il faut distinguer deux méthodes: la première manière de faire, où on fixait l'utérus au vagin sans ouverture du cul-de-sac péritonéal, exposait peut-être aux récidives, mais permettait une certaine mobilité à l'utérus, et l'accouchement était à peu près normal. La deuxième méthode de vagino-fixation de l'utérus, qui consiste à ouvrir le cul-de-sac et à fixer directement la face antérieure de l'utérus au vagin d'une façon définitive et par des adhérences tellement solides que l'utérus est immobilisé, donne lieu très souvent à des avortements; et lorsque la grossesse a pu évoluer, l'accouchement est souvent impossible. On a observé plusieurs fois des présentations de l'épaule; dans d'autres cas, l'opération césarienne a dû être pratiquée.

"Pour éviter ces accidents, il faut donc s'abstenir de ces fixations vaginales chez les femmes qui sont encore à l'âge d'avoir des grossesses, et traiter les déviations mobiles par le massage d'abord, par le curettage et le redressement sous le chloroforme, si c'est nécessaire."

En résumé, vagino-fixations et ventrofixations sont d'autant plus dangereuses que l'opération est mieux réussie au point de vue opératoire proprement dit. Ce paradoxe n'est-il pas la condamnation absolue de ce genre d'interventions chirurgicales, irrationnelles dans leur principe et funestes dans leur conséquence?—(*Revue des maladies des femmes.*)

PHOTOGRAPHIE INTRA-UTÉRINE.—M. PINARD présente au nom de MM. VARNIER, CHAPPUS, CHAUVEL et FUNK-BRENTANO, une photographie intra-utérine obtenue au moyen des rayons X. Il s'agit d'un utérus gravide, extirpé en 1894, et conservé depuis cette époque dans l'alcool.

La double paroi de l'utérus gravide, durcie par l'alcool, doublée par la vessie, le placenta, le rectum, de la graisse, s'est laissée traverser par les rayons X. Grâce à cette particularité, que ne présente pas au même degré, en raison de leur épaisseur, les parties molles du fœtus, on voit sur l'épreuve photographique, le fœtus en place et on le voit plus nettement qu'il n'apparaît à l'œil nu à travers sa seule enveloppe chorio-amniotique, lorsqu'il a été expulsé de l'utérus dans un avortement en un temps.—*Académie de médecine*, séance du 16 mars 1896.

DES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE SÉRUM ARTIFICIEL A DOSES MASSIVES DANS L'ANÉMIE SURAIGUE CONSÉCUTIVE AUX HÉMORRAGIES PUERPÉRALES. (*Soc. obstétr. de France*, avril 1896.)

—M. MAYGRIER a pratiqué des injections intra-veineuses de sérum artificiel (formule de Hayem) à une femme apportée mourante dans son service de Lariboisière. Il s'agissait d'une multipare épuisée par des hémorragies successives dues à une insertion vicieuse du placenta. Elle était décolorée et froide, presque sans pouls. Aucun des moyens habituels (chaleur, alcool, injections hypodermiques d'éther et de sérum, ligature des membres) n'ayant pu la remonter, on lui fit une première injection intra-veineuse de 2 litres de sérum. Immédiatement le pouls reparut, la face se colora et une sorte de résurrection s'opéra sous les yeux de l'auteur.

L'accouchement eut lieu ; mais, aussitôt, une heure et demie environ après l'injection, le collapsus reparut et la mort redevint imminente. Nouvelle injection de 2 litres qui anima encore la malade. Le soir, comme elle faiblissait de nouveau, on lui fit une troisième injection. Elle a donc reçu en tout 6 litres de sérum dans les veines. Après la dernière transfusion, la malade fut définitivement remontée, et, depuis ce moment, elle n'eut plus aucun accident syncopal. Après quelques accidents puerpéraux légers, elle est sortie en très bon état de l'hôpital.

Les injections intra veineuses de sérum artificiel n'exigent qu'un outillage très simple ; un récipient contenant le sérum porté à 40°, avec tube en caoutchouc et canule en verre effilée à la lampe et terminée en bec de flûte. Après dénudation et ouverture de la veine, on y introduit l'extrémité de la canule en la tournant vers le cœur et on laisse couler le liquide en maintenant le réservoir à une hauteur variable de 50 centimètres à 1 mètre. L'opération dure environ un quart d'heure. Les malades n'éprouvent aucun accident et ressentent au contraire un bien-être immédiat.

Ces injections sont indiquées dans l'anémie aiguë post-hémorragique, alors que la mort est imminente et qu'il y a lieu d'agir vite. Elles doivent être faites d'emblée à la dose de 1 à 2 litres et répétées plusieurs fois en cas de besoin ; elles agissent instantanément et avec une puissance extrême.

Les inhalations d'oxygène sont un adjuvant d'une grande utilité.

Aucune femme ne devrait mourir d'hémorragie sans qu'on ait tenté de la sauver à l'aide d'une injection d'une grande quantité de sérum dans les veines.

R. BL.

Revue de thérapeutique.

PARALYSIES PUERPÉRALES INFECTIEUSES.—(*J. de méd. et de chir. pratiques.*)—M. le Dr Relle a consacré aux paralysies puerpérales maternelles une étude dans laquelle il fait bien ressortir les diverses formes de paralysies qu'on peut observer pendant la puerpéralité. Les paralysies obstétricales sont assez nombreuses : on peut les diviser en paralysies de cause puerpérale et paralysies indépendantes de la puerpéralité. Ces dernières ne constituent que des coïncidences et sont, par conséquent, beaucoup moins intéressantes que les premières.

Parmi les paralysies puerpérales proprement dites, les névrites infectieuses constituent une forme assez peu connue et sur laquelle M. Relle attire particulièrement l'attention.

Les paralysies obstétricales infectieuses peuvent cliniquement revêtir deux formes différentes. La première, forme généralisée, atteint les quatre membres et souvent le tronc ; la seconde porte, tantôt sur les membres inférieurs, tantôt sur les supérieurs, tantôt sur un seul groupe musculaire isolé.

La forme généralisée est très rare, puisque trois cas seulement jusqu'à ce jour ont été publiés par MM. Joffroy, Desnos et Pinard, Sottas et Withfield. Dans ces trois observations des vomissements incoercibles au début ont été notés ;

puis les symptômes ont évolué comme dans toute polynévrite infectieuse, atteignant très vite leur maximum d'intensité. Après une poussée fébrile plus ou moins intense, des troubles sensitifs attirent l'attention : picotements, fourmillements, lancements dans tous les membres, et en peu de jours paralysie progressive qui réduit la malade à une impotence absolue. La plupart du temps les muscles extenseurs sont plus atteints, les pieds et les mains tombent. La sensibilité générale, à la chaleur, au froid, au contact, à la douleur, reste intacte du moins à la peau et dans les couches superficielles ; quelque fois un peu d'hyperesthésie aux extrémités. Les masses profondes, tendons, nerfs, muscles, réagissent douloureusement lorsqu'on les comprime.

Après ce début rapide et dramatique, la période d'état commence : la malade voit ses muscles s'atrophier rapidement. C'est alors que l'on constate l'abolition des réflexes tendineux (rotulien, plantaire, etc.).

Dans deux des observations publiées, la guérison survint en deux ans ; dans la troisième, ce fut la mort à bref délai.

Dans la forme localisée, beaucoup moins rare, on voit apparaître les troubles de sensibilité les premiers comme dans la forme précédente ; l'évolution est la même. On doit distinguer le type supérieur et inférieur. Dans les deux ordres de faits, les symptômes apparaissent toujours au milieu des phénomènes fébriles consécutifs à l'accouchement chez les femmes infectées.

Le type supérieur affecte surtout, comme l'a montré Mœbius, une prédilection pour les deux nerfs cubital et médian. On conçoit facilement quelle est la déformation très caractéristique qui en résulte. La main en griffe, la main de singe, se retrouvent ici. Sur le trajet de ces nerfs, la pression provoque une douleur, douleur qui disparaît quand la maladie est constituée, l'affection est tantôt unie, tantôt bilatérale : peu de troubles trophiques ont été signalés.

Cette forme a une évolution suraiguë, mais la paralysie ne disparaît qu'au bout de 1 à 2 ans ; et encore l'atrophie peut-elle persister sur tel ou tel muscle.

Le type inférieur, qu'il ne faut pas confondre avec les paralysies par compression, et les névrites migratrices, se localise particulièrement au territoire du sciatique poplitée externe. Cette névrite a beaucoup d'analogie avec la névrite alcoolique.

La restauration *ad integrum* est ici la règle comme dans les autres névrites infectieuses. Cette forme débute, comme celle du type supérieur, par des phénomènes douloureux (parfois de véritables douleurs fréquentes), des sensations de fourmillements, de piqûres d'épingles à la région externe des jambes. Puis apparaissent presque en même temps les phénomènes paralytiques. Les malades éprouvent dans les membres inférieurs une grande faiblesse ; faiblesse qui va en s'accroissant rapidement au point de rendre impossible la marche et la station verticale.

Ces troubles peuvent se limiter à un membre. Quand les deux jambes sont prises, elles le sont en général, inégalement, et presque toujours on constate une prédominance d'un côté de l'atrophie et de l'anesthésie. Il y a des rétractions musculaires qui sont une cause puissante de déformation du pied, de la jambe, du genou.

Comme la névrite des membres thoraciques, le type inférieur aboutit en deux ans à la guérison. Mais les déformations ou les troubles fonctionnels se conservent quelquefois beaucoup plus longtemps.

Le bain du bébé.—On donne le premier bain complet au bébé vers le dixième jour, et au moins une heure après son dernier repas. La chambre doit être chaude. Donner le bain court, et sécher rapidement avec un essuie-main moelleux. Température : premières semaines : 100° F. ; plus tard : 95° F. ; à six mois : 90° F.

REVUE D'HYGIÈNE

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'EAU DE BOISSON.—L'eau de boisson est absorbée dans l'organisme et vient en contact avec tous les tissus. Elle fait partie de la nutrition, car elle contient des principes nécessaires à ces tissus : oxygène et hydrogène. Elle facilite la métamorphose des tissus et, chez certains sujets, la formation de la graisse. Elle facilite aussi l'action des reins et celle de la peau.

L'eau de boisson est nécessaire à la digestion ; elle peut devenir nuisible quand on la boit en trop grande quantité ou trop froide.

Absorbée en trop grande quantité, elle dilue le suc gastrique et affaiblit l'action de la pepsine. L'eau glacée suspend complètement l'action de la pepsine, diminue l'apport du sang nécessaire au fonctionnement de l'estomac et exerce une action déprimante sur les nerfs de l'organe. De là chez certains sujets l'existence d'une dyspepsie spéciale ou on a appelée la dyspepsie de l'eau glacée et que l'on rencontre surtout en Amérique, où l'usage de l'eau glacée à table est si répandue (Osler, Bartholin).

Comme on voit, le rôle alimentaire de l'eau de boisson est très grand, et son importance hygiénique considérable. C'est une des premières nécessités de la vie, et la question de la distribution de l'eau de boisson est une des plus importantes de l'administration des villes et des villages, car il est nécessaire pour que l'eau accomplisse tout le bien qu'on en attend, qu'elle soit pure et de bonne qualité.

LA PRISE D'EAU.—C'est généralement l'eau des rivières et des lacs qui sert à l'alimentation des villes et des villages, dans la province de Québec. Et il n'y a pas de question plus importante que la manière dont on prend cette eau pour la distribuer dans les habitations.

“ Pour qu'une eau soit qualifiée de potable, dit Coreil (*L'eau potable*, p. 54), elle doit être limpide, incolore, inodore, fraîche, aérée, agréable au goût, impu-trescible. Elle ne doit point renfermer d'ammoniaque ou de sels ammoniacaux, d'hydrogène sulfuré ou de sulfures, d'azotates ou d'azotites. Elle ne doit tenir en dissolution que le moins possible de sels calcaires et magnésiens qui durciraient le savon et empêcheraient l'eau de cuire les légumes.”

L'eau pure idéale est celle que l'on prend dans les montagnes, avant qu'elle ne soit descendue dans la plaine. L'eau des lacs est très bonne aussi, car elle subit une espèce de décantation par le fait qu'elle est peu agitée, et les corps étrangers se déposent dans le fond du lac. Aussi, il est nécessaire que la prise d'eau soit à une certaine hauteur.

Les lacs offrent parfois des inconvénients. Lorsque les rives sont peu inclinées, la végétation se développe et les herbes pourries communiquent un goût de poisson, de concombre, de pourri à l'eau (Richard : *Précis d'hygiène appliquée*). Il faut alors construire des murs ou des quais pour en rendre les bords escarpés, ou bien établir un barrage qui transformera le lac en réservoir artificiel. Si les égouts se déversent dans le lac, les rives deviennent facilement contaminées, parce qu'il n'y a pas de courant pour entraîner les matières fécales. A Chicago, sur les bords du lac Michigan, l'eau est prise à plus de trois mille verges au large, dans une immense tour construite à cet effet, et amenée dans la ville par un tunnel souterrain.

Sur le bord des rivières, l'eau doit être prise dans le courant. Celle que l'on va chercher avec un tonneau et une charrette est souvent souillée par des détritits de toutes sortes. Le plus souvent, la prise d'eau a lieu par aspiration

au moyen de machines ; elle se fait alors au large. En garnissant l'embouchure du tuyau avec une *crépine*, cylindre en tôle perforé de trous, on empêche les corps étrangers d'être aspirés avec l'eau. Une conduite de refoulement permettra, si l'étrémité du tuyau venait à s'enliser, de le dégager à l'aide de l'eau sous pression.

La prise d'eau doit toujours se faire en amont d'une ville ou d'un village, et jamais en aval. On est sûr, de cette manière, que toutes les saletés qui viennent de la ville ou du village seront entraînées par le courant et ne seront pas aspirées par le tuyau de l'aqueduc.

Il faut aussi veiller à ce que l'eau ne soit pas souillée par des germes. Pour cela, les plus grandes précautions sont nécessaires. Quand il s'agit d'un lac, on doit veiller à la propreté des surfaces et des ruisseaux qui alimentent ce lac et ne pas les laisser souiller. Il ne faut pas prendre de l'eau près des sources de contamination : habitations, lavoirs, débouchés d'égout, usines. Sur les rivières, il faut redouter l'eau qui vient de traverser un centre populeux, comme une ville, un district industriel garni de manufactures, une région agricole où l'on a répandue des matières corrompues, telles que du fumier, des poissons morts, etc

L'eau sert de drainage à la terre ; elle doit en grande partie ses propriétés, bonnes ou mauvaises, au sol qu'elle traverse.

LA CONTAMINATION DE L'EAU DANS LE SOL.—L'eau peut être contaminée dans le sol, et quelquefois bien plus facilement que sur une surface découverte. Les grands villes sont généralement situées sur le bord des lacs et des rivières, tandis que nombre de villages, construits à l'intérieur des terres, puisent leur eau d'alimentation, à l'aide de puits, dans la nappe d'eau souterraine. La population vit au dessus de son approvisionnement d'eau, et n'en est séparée que par une couche de terre plus ou moins épaisse, plus ou moins poreuse. Aussi cette couche est-elle aisément traversée par les liquides de toutes sortes que l'on répand à sa surface. Voilà pourquoi à la campagne, où l'on ne fait généralement pas le drainage des surfaces habitées, les eaux ménagères, les excréments et les fumiers sont une source de contamination et de maladie.

On a l'habitude de jeter les eaux ménagères dans un trou où elles disparaissent. Mais elles ne disparaissent ainsi que parce qu'elles sont absorbées par le sol et qu'elles vont rejoindre la nappe d'eau souterraine qui alimente les puits. Cela est dû à ce que l'eau est toute amassée en un seul endroit. Il y a un moyen très facile de remédier à ce danger, c'est l'irrigation. On amasse les eaux ménagères dans un réservoir étanche : tonneau, baril, etc..., et on les répand ensuite dans les jardins ou sur les terres. Elles sont un excellent engrais, et répandues sur une grande étendue, demeurent à la surface du sol et sont aspirées par les plantes.

Déposer les excréments dans des trous pratiqués dans le sol, comme cela se fait généralement à la campagne, est bien plus dangereux encore. Les matières fécales, par elles-mêmes, sont un véritable poison, et elles contiennent souvent, quand elles proviennent de personnes malades, des germes de maladies. Les fosses d'aisances ont trois grands inconvénients, et des inconvénients dangereux : elles exhalent des mauvaises odeurs, elles contaminent les puits, et, quand elles sont profondes, la nappe d'eau souterraine. Comme l'eau, on empêche les matières fécales de nuire en les conservant à la surface du sol dans des réservoirs étanches. En France, depuis qu'on a remplacé dans les casernes les fosses d'aisances fixes par des latrines mobiles à terre sèche, on a fait disparaître les épidémies de fièvres typhoïde qui décimaient les régiments. Les matières fécales répandues sur une grande surface du sol ne sont pas dangereuses lorsqu'il n'y a pas de source ou de ruisseau dans les environs, et elles font un excellent engrais.

Quand il y a eu dans un endroit des patients souffrant de maladies infectieuses de l'intestin, et que les matières fécales de ces patients ont été jetées dans

des fosses d'aisances fixes, les personnes en bonne santé qui boivent de l'eau des puits avoisinants sont exposées à contracter ces maladies

Les tas de fumier peuvent aussi polluer l'eau des puits, à cause du purin qui s'infiltré dans la terre. Il vaut mieux placer le fumier sur un espace étanche et recueillir le purin pour l'arrosage.

L'EAU ET LES MALADIES.—Tout le monde admet aujourd'hui que l'eau peut devenir une cause de maladie. Hippocrate lui-même attachait une importance considérable au rôle étiologique de l'eau. Le contrôle des épidémies de fièvre typhoïde est un exemple frappant de ce rôle. A mesure que l'on améliore le système de distribution de l'eau potable, la fièvre typhoïde diminue (Rapport de M. Monod au Comité Consultatif d'Hygiène de France.)

Faisons une revue rapide des maladies auxquelles l'eau peut servir de véhicule.

Le Goître.—Bien que la nature intime de la maladie ne soit pas connue, on accuse l'eau de jouer un rôle étiologique soit par les sels calcaires qu'elle contient, soit par son manque d'iode. Ce qui donne du poids à cette accusation, c'est que la maladie est endémique en certains endroits. La chose a été remarquée en France ; elle existe dans la province de Québec. Nous en connaissons un exemple pas bien loin de Montréal. Une partie des habitations de la paroisse sont construites le long d'un ruisseau dont l'eau est à moitié stagnante et sert à l'alimentation, et les cas de goître sont assez nombreux pour que l'on ait nommé ce rang le *Carcan*. Personnellement, nous avons constaté au Nord-Ouest, où l'eau est généralement très alcaline, très dure, la fréquence du goître simple, surtout chez les femmes.

La dysenterie.—L'eau stagnante, l'eau de mauvaise qualité employée comme boisson devient une cause de dysenterie. On a constaté le fait en France parmi les troupes en marche et dans certaines parties de la Bretagne.

Les affections calculeuses.—Le rôle étiologique de l'eau dans ces affections n'est pas encore démontré (Coreil : *L'eau potable.*)

La malaria.—On sait que cette maladie est causée par un animalcule qui vit dans l'eau des marécages des pays tropicaux. Cette eau peut donner la maladie, comme le prouve l'observation de Boudin. Un navire, l'*Argo*, transportait de Bône à Marseille un certain nombre de soldats. L'embarquement de la troupe s'était fait à la hâte et comme on s'était aperçu au dernier moment que l'on manquerait d'eau de boisson, on était allé puiser dans un marécage voisin la quantité nécessaire pour la traversée. En mer, tous les soldats furent atteints de malaria, et pas un matelot ne fut malade. Ceux-ci avaient leur provision ordinaire d'eau pure.

L'ictère infectieux.—L'origine hydrique de l'ictère infectieux est bien mise en évidence par les deux faits suivants. En 1873, à Magdebourg, les soldats en garnison dans la ville allaient tous les jours se baigner dans la rivière, les uns en amont, les autres en aval de la place. L'eau de la rivière, avant de traverser la ville, était pure ; aucun des soldats qui se baignèrent à cet endroit ne fut malade. L'eau qui sortait de la ville, en aval, était souillée par les égoûts. La plupart des soldats, surtout ceux qui avaient avalé de l'eau, furent atteints d'ictère infectieux. Il y eut un jour une épidémie de cette maladie à la caserne de Saint-Cloud. Les autorités médicales découvrirent que cette épidémie était causée par un filtre qui n'avait pas été nettoyé depuis longtemps. On ordonna le nettoyage du filtre. Le soldat qui fit l'ouvrage mourut d'ictère infectieux.

La fièvre typhoïde.—Il n'y a pas de maladie qui se propage plus facilement et plus habituellement par l'eau que la fièvre typhoïde, si bien que Brouardel a dit que les épidémies sont le résultat de la contamination de l'eau. Le ministre de la guerre, dans son rapport au président de la République française (1891), constate que la fièvre typhoïde a presque disparu de l'armée depuis la suppression des fosses d'aisance fixes et la filtration de l'eau.

Le choléra.—Les épidémies de choléra ont toujours lieu dans le voisinage de sources d'eau contaminée. Le bacille virgule est un des germes qui vivent le mieux dans l'eau. Quelques faits récents n'ont fait que confirmer ces données.

L'épidémie de Hambourg (1892) a été étudiée par Koch. Hambourg se compose à proprement parler de trois villes : Hambourg, Altona et Wandsbeck. Ces trois villes, situées côte à côte, se trouvent donc dans les mêmes conditions de climat. Seulement, elles n'ont pas la même distribution d'eau. Wandsbeck emploie de l'eau filtrée qui provient d'un lac, et n'eut aucun cas de choléra. Hambourg, où la maladie faisait rage, prend l'eau de l'Elbe non filtrée. Enfin, et c'est là le fait le plus remarquable, Altona, qui prend aussi son eau dans l'Elbe, et en aval de Hambourg, par conséquent avec toutes les chances possibles de contamination, *mais qui la filtre*, n'a pas eu non plus de choléra. Certains districts de Hambourg même auxquels elle fournissait de l'eau ont été épargnés. Ces faits sont caractéristiques.

A Marseille (1892-93), comme à Hambourg, le choléra a fait la distinction entre les maisons où l'on buvait de l'eau saine et celle où l'on buvait de l'eau contaminée (Coreil). Cette distinction s'est même étendue aux habitants d'une même maison qui ne buvait pas la même eau.

L'épidémie de Barrême fait bien voir l'origine de la contamination. Un régiment en marche, parti de Nice, contracte en route le choléra, et séjourne trois jours à Barrême. Les soldats déposent leurs déjections près d'une source. Le surlendemain de leur départ, une pluie abondante survient qui lave le terrain autour de la source. Dès ce moment, le choléra se déclare dans la place.

C'est un fait admis aujourd'hui que pour qu'une ville soit à l'abri des épidémies de fièvre typhoïde et de choléra, il faut fournir aux habitants de l'eau d'alimentation absolument pure, non contaminée par les vidanges.

PERMÉABILITÉ DE L'ŒIL AUX RAYONS DE ROENTGEN.—M. Dariex a fait part à la Société d'ophtalmologie de Paris (séance du 3 mars 1896) de quelques expériences destinées à démontrer le degré de perméabilité de l'œil aux rayons de Roëntgen. Dans une première expérience, il a placé un globe oculaire, dépouillé de ses muscles, sur une plaque sensible au dessous d'une source de rayons Roëntgen. Après vingt minutes de pose la plaque développée démontre que l'œil a fait écran et les parties recouvertes par la projection n'ont pas été impressionnées. Dans une autre épreuve, une cornée, un cristallin, des ciseaux et un fragment de muscle sont interposés entre la plaque sensible et les rayons x ; après vingt minutes d'exposition on a constaté que la projection des ciseaux est très opaque ; le cristallin et le muscle sont un peu moins opaques ; la cornée est moins opaque que le cristallin, mais plus opaque que le bois.

Quelques autres épreuves ont démontré que le verre se laisse traverser par les rayons x plus facilement que le cristallin, mais que le verre offre autant de résistance à ces rayons mystérieux que les os et quelques objets métalliques. Le pôle postérieur de l'œil est moins opaque que la cornée, le cristallin est plus perméable que le muscle de la main. Les milieux de l'œil étant peu perméables aux rayons de Roëntgen, M. Dariex voit là un des facteurs de leur invisibilité.

Calvitie localisée résultant de l'application des rayons x.—Il y a quelques semaines le professeur Dudley, de l'Université Vanderbilt, a exposé sa tête, pendant une heure, aux rayons x dans le but d'obtenir une photographie de son cerveau. L'expérience n'a pas réussi, mais quelques jours plus tard il s'est produit à l'endroit du cuir chevelu exposé aux rayons une chute de cheveux de 1½ pouce de diamètre. On se demande si les cheveux vont repousser. Si la calvitie persiste on aura trouvé un excellent moyen de rendre service à la *gente veluc*. L'électrolyse est un procédé excellent, mais ses applications sont douloureuses et le nombre des séances rend son emploi impossible dans un grand nombre de cas. L'électrolyse détruit le bulbe du poil, les rayons x agissent-ils de la même façon ?

REVUE DE PÉDIATRIE

Réflexions sur les Statistiques du Tubage à l'Hôpital Trousseau pendant les années 1895 et 1896

(SUITE ET FIN)

Par le docteur Valdemar DAMM, de Copenhague.

Ces faits ne peuvent nous conduire à accepter l'assertion de Martin qu'en règle générale, l'obstruction se fait petit à petit, et que, si l'entourage du malade est prévenu que la gêne respiratoire et la perception des flottements des fausses membranes dans la trachée sont des symptômes de danger, il a toujours le temps de prévenir le médecin. D'autant plus que Martin relève lui-même un cas compris dans ses 5 070 de cas graves, où l'interne était arrivé trop tard pour ranimer l'enfant.

Maintenant, il est vrai de dire, que le procédé ingénieux d'énucléation que M. Bayeux a imaginé, et qui est un procédé très facile à apprendre, peut vaincre le danger immédiat en cas d'obstruction du tube. Nous connaissons seulement un cas au pavillon Bretonneau où on ne pouvait pas faire sauter le tube au pouce.

Mais on ne doit pas croire qu'on en est toujours quitte pour cela.

Bonain dit qu'une nouvelle intervention immédiate n'est pas nécessaire après que le tube obstrué a été enlevé; Martin est muet à ce sujet.

A priori nous étions persuadé que si la fausse membrane demi-dégagée qui obstrue l'orifice inférieur du tube n'est pas rejetée avec ou après l'énucléation du tube (ce qui est loin d'arriver toujours) elle peut occasionner une nouvelle obstruction même très rapidement après le détubage. Nous avons donc recherché parmi les malades du service et dans les observations et nous avons trouvé que 8 enfants ont dû être retubés d'urgence après l'énucléation, et, que sur 54 enfants la trachéotomie consécutive est faite à la hâte 31 fois.

On sait que O'Dwyer, pour les cas où les fausses membranes traversaient difficilement le tube ordinaire ou l'obstruaient, a construit des tubes gros et courts, qu'on ne devait pas laisser dans le larynx plus de une à trois heures de suite. On n'a pas encore essayé ces tubes à l'hôpital Trousseau.

Nous désirons nous arrêter un moment sur la trachéotomie consécutive au tubage. Est-ce souvent qu'on doit recourir à une trachéotomie au cours d'un tubage? Les services des différents médecins donnent des résultats divers selon le tempérament du chef et des médecins du service, ainsi que M. Gillet l'a montré dans une statistique dressée parmi les américains et les allemands, laquelle donne en moyenne 17 interventions pour 100. Ranké a recueilli 1324 tubages avec 144 (11 070) trachéotomies secondaires, tandis que Weiderhofer a préféré faire cette opération 69 fois sur 147 tubages soit 47 070.

A Bretonneau on a fait l'année dernière la trachéotomie secondaire 48 fois sur 231 tubés soit 20 070; si on tient compte de 32 cas où l'on avait inutilement essayé, le tubage pour cent se trouve porté à 30.

Quelles sont les indications de la trachéotomie au cours du tubage? Nous avons déjà montré comment la question se pose en présence des accidents qui surviennent au moment même de l'introduction du tube. Schweiger et Escherich considèrent comme des indications l'asphyxie subite et le croup descendants,

Bokai émet un autre avis en ce qui concerne le deuxième point. Moizard y ajoute la faiblesse par une longue lutte contre l'asphyxie et Variot déclare que la trachéotomie peut être aussi à préférer dans le cas où le larynx est très intolérant et rejette plusieurs fois le tube.

Les partisans outranciers, comme Chaillou, ont voulu prétendre que la trachéotomie est inutile, lorsque le tubage échoue. Variot a déjà montré que cela est loin d'être vrai et nous pouvons trouver parmi 48 trachéotomies secondaires 8 soit 16 0/10 qui ont guéri (si nous y comptons encore 13 cas où le tubage avait été fait, mais rendu infructueux par le refoulement, nous aurons 61 trachéotomies avec 13 guérisons, plus de 21 0/10).

Et nous sommes d'accord avec d'autres statistiques, comme celles de Lovell, qui sur 127 trachéotomies secondaires a eu 7 0/10 et Schweiger et Wackerle, qui dans deux hôpitaux de Vienne en ont respectivement 17 et 22 0/10 guérisons.

En nous reportant au commencement de cet article, où les indications, qui s'imposaient dans nos 48 cas, sont exposées, nous nous permettons de relever quatre observations cliniques, qui montrent nettement dans quelles circonstances la trachéotomie peut être faite. Nous ajoutons que dans aucun cas on n'a trouvé à l'autopsie un croup ayant dépassé le larynx pas plus que de lésions des poumons.

Obs. I. A. M. Entré le 6 décembre 1895, mort le 7 décembre. Croup. Bacilles et streptocoques 17/12. Tubé d'urgence à son entrée. A 2 heures du matin l'asphyxie persistant, on essaie l'énucléation du tube, mais le tube est probablement avalé pendant l'essai de détubage. On fait la trachéotomie aussitôt, mais on ne peut ranimer l'enfant.

Autopsie : Diphtérie laryngée. Emphysème pulmonaire presque universel.

Obs. II. D. F. 3½ ans. Entré le 23, mort le 24 novembre. Angine et croup. Bacilles moyens et coccus 24/12. Entré hier avec tirage très intense. On le met à la chambre de vapeur. On a dû le tuber ce matin. On a constaté très nettement chez lui le pouls paradoxal et on a remarqué des fausses membranes sortant par le tube immédiatement après le tubage. Deux fois, après le tubage l'enfant respirant mal du fait d'une fausse membrane qui obstrue le tube, on l'énuclue et on en place promptement un nouveau. Vers 6½ hrs du matin l'enfant a été subitement pris d'un accès d'asphyxie. On essaie de le détuber au pouce, on ne peut y parvenir et l'enfant en état de mort apparente est couché sur la table. On fait la trachéotomie, on a quelques difficultés à introduire la canule. L'enfant ne peut être ranimé malgré de nombreuses respirations artificielles

Autopsie, diphtérie du larynx et du pharynx.

Obs. III. N. M. 28 mois. Entré le 14 mai, mort le 20 mai. Angine et croup. Bacilles longs, streptocoques. Entré le 14 mai, suffocant : tubage immédiat ; l'enfant reste agité l'après-midi et la nuit, cherchant à rendre de fausses membranes.

15 mai. L'enfant rend des débris de membranes et du pus ; exsudat sur l'amygdale gauche ; quelques râles sonores dans la poitrine.

16 mai. Détubé puis retubé immédiatement ; extension des fausses membranes au pharynx, piliers. Réinoculation.

17 mai. Gorge à peu près détergée.

18 mai. Léger érythème.

19 mai. Détubé, retubé presque immédiatement ; continue à tirer (tube ovale), dans la nuit du 20 mai, vers 4 heures du matin l'enfant, que le tubage n'a pas soulagé, est pris d'un accès de suffocation et rejette son tube ; on le retube, l'enfant continue à tirer et à se cyanoser. On le porte sur la table d'opération, on le trachéotomise, mais l'enfant ne peut être ranimé.

Autopsie : Diphtérie du larynx et du pharynx.

Obs. IV. M. J. 3 ans. Entré et mort le 21 août. Angine et croup. Bacilles moyens et courts.

Depuis 8 jours toux rauque et voix éteinte. L'enfant a le cercle du palais, les amygdales et la luette recouverts totalement de fausses membranes. Tirage

et cornage très marqués malgré le séjour de quelques heures dans la chambre de vapeur. L'enfant a le teint plombé.

Après un essai infructueux de tubage on fait la trachéotomie. Mort aussitôt. Autopsie : diphthérie du larynx et du pharynx.

Parmi les observations de l'année dernière nous constatons deux faits sur lesquels nous voudrions attirer l'attention. En premier lieu la fréquence de la broncho-pneumonie après le tubage. Comme nous avons vu, nous trouvons sur 49 autopsies 30 morts avec des foyers plus ou moins étendus de broncho-pneumonie, c'est-à-dire dans une proportion de plus de 61 0/0. Nous ne croyons pas que cette complication par l'aspiration des parcelles alimentaires, arrive plus souvent après le tubage qu'après la trachéotomie, mais nous ne croyons pas non plus qu'on doive attacher une si grande importance à ce fait, que l'air pénètre directement dans les voies aériennes.

Quant au décubités produit du tube nous n'avons trouvé pour l'année dernière que d'assez rares et probablement insignifiantes érosions dues d'ailleurs, croyons-nous à l'introduction plutôt qu'au séjour prolongé du tube dans le larynx.

On comprendra facilement, étant donné les accidents et les dangers au cours du tubage, que nous venons d'exposer, que nous ne puissions pas nous ranger à l'avis de ceux qui veulent faire le tubage en dehors d'un hôpital ou dans un lieu où la surveillance médicale permanente est impossible.

Tandis qu'on fait le tubage d'une façon assez courante en Amérique, Bokai, le plus grand admirateur de ce procédé en Allemagne, émet en 1892 l'opinion que l'opération ne doit pas être faite en dehors de l'hôpital.

Plusieurs médecins européens ont fait l'opération dans la clientèle privée, ainsi que Schweiger Huebner et Galatti en Allemagne, Massei et Egidi en Italie et Jacques, d'Astros et Baudoin parmi d'autres en France; mais nous avons vu que plusieurs d'entre eux ont avoué des cas d'asphyxies mortelles dans la pratique civile ou ont observé aux hôpitaux des cas, où il y avait possibilité d'un accident qui eût été mortel, si le médecin n'avait pu être là. Schweiger en relève 6 cas, sur 68 tubages, et au pavillon Bretonneau l'année dernière on a été forcé d'appeler l'interne pour 49 enfants (c'est-à-dire dans la proportion de 21 0/0) soit après l'expulsion du tube, soit après le détubage d'urgence qui nécessitait le tubage ou la trachéotomie aussitôt.

Pauli (de Lübeck) prescrit pour ces opérations : la surveillance permanente d'une garde expérimentée sachant en cas d'urgence enlever le tube obturé qui menace le sujet d'asphyxie, et la possibilité d'avoir un médecin au minimum en une demi-heure.

Quant à MM. Gillet, Moizard, Lebreton et Magdelaino, ils vont plus loin puisqu'ils disent avec M. Variot que le tubage ne doit jamais être employé dans la clientèle que si un médecin bien exercé au manuel opératoire reste auprès de l'enfant tant que le tube est dans le larynx. Ces précautions bien qu'indispensables excèdent quelquefois les moyens de la famille ou sont même impossibles surtout à la campagne. Mieux vaut alors avoir recours à la trachéotomie, à moins que les parents ne s'y opposent formellement, auquel cas le médecin tout en faisant le tubage devra avertir l'entourage du danger que court l'enfant.

Nous avouons franchement que nous ne pouvons pas comprendre ce que dit Chaillon qu'un tubé nécessite moins de soins qu'un trachéotomisé; nous pensons avec la plupart des médecins qu'une personne étrangère à l'art médical, tout au plus, une infirmière peut pratiquer l'ablation et le nettoyage de la canule interne à trachéotomie. Et quant aux "canulars," il faut qu'on sache qu'il existe aussi des "tubards."

Voyons si la statistique nous autorise à préférer le tubage à la trachéotomie. Gillet a dressé une statistique de 8,457 tubages et 23,941 trachéotomies avec un pourcentage de guérison de 30 0/0 à peu près pour les deux opérations.

Et l'emploi de la sérothérapie, qui a diminué notamment la mortalité du croup et la nécessité d'intervention, a-t-il changé cette concordance ?

A l'hôpital des Enfants-Malades, les premiers 11 tubages ont donné 61,20% de guérisons et 18 trachéotomies, dans des mêmes circonstances, 60 0/0. Les 172 tubages de Chaillou, Lebreton, Magdelaine et Martin ont donné de 73 à 78 0/0 de guérisons, mais ils ne comprennent pas la statistique de toute l'année. D'Astros a eu, sur 23 tubés, 57 0/0 guéris. Saint-Philippe de Bordeaux, sur 9 trachéotomies 44 0/0 guéris.

Malheureusement les conclusions des statistiques varient avec les milieux et les époques; nous n'en voulons comme preuve que les résultats suivants: Ganghofner (de Prag) a eu 86 0/0 de guérisons sur 44 tubages, et Sorensen (de Copenhague) 77½ 0/0 sur 31 trachéotomies.

Un nouveau rapport de cas, publié dans le *British Medical Journal*, contient pour l'année 1895, 225 croups trachéotomisés avec 112 guéris, soit 50 0/0.

Et nos observations, que montrent-elles? Nous comptons tous les cas où le tubage a réussi et nous avons 231 cas avec 130 guérisons, ou 56 0/0.

Si nous y ajoutons les 32 cas, où la trachéotomie a suivi aussitôt un essai infructueux de tubage et les 18 cas qui sont trachéotomisés tout de suite — presque tous des enfants apportés suffocants ou en mort apparente — nous aurons 281 interventions avec 149 guérisons, soit 53 0/0. Aucun de ces décès n'a pu être attribué aux complications de la trachéotomie.

Si, comme Gillet propose, nous faisons la statistique de nos observations en partie double et parmi les morts après le tubage, nous prenons d'un côté ceux dont le décès est dû aux accidents opératoires ou à l'impuissance et de l'autre côté les morts indépendants du tubage, nous constaterons deux enfants morts par obstruction du tube et quant aux trois observations (I-III), il est permis de supposer que ces enfants n'auraient pas succombé, si on avait fait tout de suite la trachéotomie, car cette opération les aurait mis à l'abri des accidents qui les ont probablement emportés.

Nous avons donc à constater 5 cas de mort sur 231, dûs vraisemblablement au tubage.

Ce serait injuste en appelant l'attention sur ces faits, de ne pas ajouter que la trachéotomie a souvent donné lieu à des accidents graves et mortels et à des suites déplorables; mais nous ne sachons pas qu'il soit démontré ce qu'affirme M. J. Simon, à savoir, que tous les sujets ayant été trachéotomisés, sont déjà marqués de tuberculose, et nous croyons, comme Variot, que si la trachéotomie a déjà bénéficié de la grande découverte de Behring et Roux pour ce qui est de l'issue et de la durée de la cure, la vieille opération de Trousseau trouvera aussi dans la découverte nouvelle un puissant auxiliaire contre les complications à craindre.

Nous n'avons point eu l'intention de nier par ces considérations, les mérites du tubage — comme opération par cathétérisme — nous avons vu pour dire cela trop de succès éclatants, mais nous croyons que l'inventeur de cette opération, Bouchut lui-même a connu les dangers.

L'avantage de l'intubation sur la trachéotomie se manifeste surtout chez les très jeunes sujets comme les médecins l'ont montré il y a longtemps. O'Dwyer déclare au congrès international de Washington, en 1887, qu'il avait eu 19 0/0 de guérison après tubage au-dessous de deux ans. Stern a constaté pour le même âge 15.5 0/0 de guérisons après le tubage et, seulement 3 0/0 après la trachéotomie. Lovett a eu respectivement 14 et 9.5 0/0 de guérisons, Galatti, 13.9 0/0 et 5.4 0/0.

Nous, nous avons trouvé sur 54 enfants au-dessous de deux ans, tubés sans ou avec trachéotomie secondaire, 23 guérisons ou 42 0/0 et nous ne pensons pas qu'on puisse obtenir les mêmes résultats satisfaisants avec la trachéotomie combinée à la sérothérapie.

En concluant que le tubage doit être proscrit, en dehors de la surveillance médicale, qu'il ne peut, même à l'hôpital, toujours remplacer la trachéotomie et qu'il n'a pour but que d'éviter celle-ci, nous essayons, en nous inspirant des idées

que nous avons entendu exprimer par M. Variot, de poser quelques indications de trachéotomie :

1.—Accumulation de fausses membranes très confluentes dans le pharynx et rejet de fausses membranes ramifiées ou perception du bruit de drapeau qui signalent un croup ayant dépassé le larynx. Diphtérie très membraneuse des voies aériennes, les chances d'obstruction répétée du tube deviennent très grandes.

2.—Rejet de flots de muco-pus et de glaires (trachéite et bronchite purulente associée à la diphtérie). L'expulsion de la sécrétion purulente est entravée par le calibre trop étroit du tube.

3.—Diphtérie confluyente et extensive avec croup.

4.—! État de mort apparente.

Et au cours du tubage :

5.—Spasme du larynx et du pharynx à répétition. Intolérance et rejets multipliés du tube.

6.—Asphyxie se reproduisant à chaque tentative de tubage (refoulement) ou obstruction réitérée du tube par fausses membranes ou muco-pus.

7.—Impossibilité d'introduire le tube, le temps pressant.

8.—Oedème de la glotte (1).

9.—Suffocation persistante malgré que le tube ne soit pas obstrué, ou prostration très marquée.

10.—Expulsion réitérée du tube.—(*Journ. de clin. et de thérap. infantiles.*)

L'ICTÈRE INFECTIEUX CHEZ LES ENFANTS.—M. KISSEL a observé soixante treize cas d'ictère infectieux dans l'hôpital des Enfants malades de Moscou, pendant les années 1890 à 1896. Pendant les années 1890-1892, on rencontrait des cas isolés d'ictère infectieux, qui ne s'accompagnaient pas de troubles gastro-intestinaux, avec hyperthermie et augmentation du volume de la rate et du foie. Pendant les années 1893 et 1894 (surtout pendant l'hiver) l'ictère infectieux est devenu plus fréquent et enfin, pendant l'hiver 1895-1896, le nombre de ces cas est devenu particulièrement considérable. Les 73 observations se décomposent ainsi, quant à l'âge des enfants : au-dessous d'un an, 11 ; de cinq ans, 11 ; de six ans, 5 ; de sept ans, 3 ; de huit ans, 3 ; de 10 ans, 2 ; de 12 ans, 2 et de 13 ans, 1.

Il y avait 35 garçons et 38 filles. Le plus grand contingent des malades tombe dans les mois d'automne et d'hiver (d'octobre à février). Des 73 malades, cinq sont morts, dont deux purent être autopsiés. Le tableau clinique diffère considérablement, comme on peut s'en convaincre d'après les observations qui suivent, choisies parmi les plus typiques.

1^{er} Garçon de deux ans, présente de la fièvre depuis deux semaines, avec exacerbations vespérales, parfois des frissons. Depuis deux jours les parents remarquent la coloration ictérique de la peau et amènent l'enfant à l'hôpital. Pas de vomissements, anorexie, soif très vive. A l'examen on constate : coloration ictérique des muqueuses, la rate dépasse de un travers et demi de doigt le bord costal, de même le foie, prurit cutané. Pas de troubles gastro-intestinaux.

2^e Enfant de deux ans et demi. Forte fièvre, ictère très prononcé de la peau, très agité, pas de prurit, la rate ne paraît pas augmentée, l'urine présente la coloration caractéristique, le pouls est accéléré. Le surlendemain : état général mauvais, quatre vomissements dans la matinée, les selles ont une coloration normale, la peau et l'urine prennent une coloration ictérique intense, le foie dépasse le bord costal ; l'enfant est abattu, ne mange pas. Les jours suivants : vomissements biliaires, le pouls devient filiforme, 152 pulsations par minute et le sixième jour de son entrée, l'enfant succombe.

3^e Fillette de 22 mois. Malade depuis trois semaines. La peau est d'une

(1) Dillon Brown (*New-York Medical Record* vol. 61) relève un cas de mort par l'obstruction par oedème, des tissus recouvrant le tube.

coloration ictérique, la rate n'a pas augmenté de volume, le foie dépasse le bord costal. Pas de fièvre, anorexie, apathique. L'urine est peu colorée. Perte de connaissance, très agitée, vomissements répétés, pouls faible, épistaxis. Mort. Autopsie : la rate est molle, augmentée de volume ; le foie est d'un volume normal, très pâle, d'une couleur jaune.

4e Enfant de deux ans et demi, amené à l'hôpital avec perte de connaissance et en état de très forte agitation. Malade depuis deux semaines, présentait de la fièvre et la coloration jaune des téguments. Mort au bout de 15 heures. Autopsie : le foie diminué de volume, hypertrophie du tissu conjonctif.

5e Fillette de cinq ans et demi entre pour une coxalgie. Après six jours on remarque l'ictère de la peau et des muqueuses. Les jours suivants : selles décolorées, l'urine caractéristique. Jamais la moindre élévation de température, ni de prurit. L'enfant a guéri au bout de quelques jours.

Comme traitement : les alcalins, le calomel et, quand les fonctions étaient bonnes, l'huile de foie de morue. Mais l'orateur ajoute qu'il ne croit pas à l'efficacité de ce traitement.

M. KRASSENBAEFF rapporte l'histoire d'une épidémie de famille d'ictère infectieux.

M. KOLLI : *L'anatomie pathologique et la bactériologie de l'ictère infectieux.* L'orateur croit que l'ictère catarrhal, l'atrophie jaune aiguë hépatique, l'ictère infectieux sont les différentes manifestations d'une même affection, provoquée probablement par un microbe pathogène particulier. Jaeger croit que l'agent infectieux est le microbe qu'il a trouvé chez des personnes atteintes d'ictère infectieux et qu'il a appelé *bacillus protens fluorescens*. (*Vratch* N° 15, 1896.)

Journal de clin. et thérap. infantiles.

Nouveau médicament.—L'actol est un lactate d'argent préconisé par Créde, de Dresde, comme antiseptique dans le traitement des plaies infectieuses ; c'est un produit très soluble dans l'eau, 1 : 15. Il est employé en injections sous-cutanées à la dose initiale de $\frac{1}{2}$ de grain ; en gargarisme et en lavage ; en solution aqueuse à 1 pour 50 ; une cuillerée à thé de cette solution est diluée dans un verre d'eau.

Pour laver les yeux du bébé, on se sert d'un morceau de toile douce et l'on emploie de l'eau tiède légèrement salée.

Quand il y a du muguet dans la bouche du bébé, il faut la rincer après chaque repas avec une solution de bicarbonate de soude (soda à pâte). Quatre fois par jour, on emploie la solution d'acide borique (10 gr. à l'once).

Bain de son.—On met dans un sac de mousseline une pinte de son de blé et l'on agite pendant cinq minutes dans l'eau du bain, jusqu'à ce qu'elle ressemble à du porridge. Remplace le bain ordinaire quand la peau se gerce facilement.

Bain salé.—Pour un bébé, une cuillerée à thé de sel dans chaque deux gallons d'eau est bien suffisante. Renforce la peau.

Poudre de toilette.—Une partie d'acide borique pour deux parties d'amidon font une excellente poudre de toilette pour l'enfant.

FORMULAIRE

NÉPHRITES AIGUES.

A.—Traitement spécifique :

Il n'existe que pour deux maladies : dans l'impaludisme, on donne la quinine, et le mercure quand la maladie est de cause syphilitique. Avec des précautions, le mercure se supporte très bien même quand les reins sont malades.

B.—Traitement symptomatique :

Ce traitement doit être basé sur quatre indications :

1o *Faire rétrocéder si possible le processus morbide en évolution.*

Appliquer les ventouses scarifiées sur le triangle de J. L. Petit. Faire la révulsion avec les ventouses sèches et les pointes de feu. Éviter les vésicatoires.

2o *Alimenter les malades sans compromettre la diurèse.*

Le régime lacté.

3o *Assurer et augmenter la diurèse.*

Quand les lésions ne sont pas avancées, le lait rencontre aussi cette indication.

Les lésions se manifestent par l'albumine et les œdèmes.

Le traitement doit viser non pas l'albuminurie en elle-même, mais les causes qui la produisent. On recommande le tannin et le tannate de soude, ce dernier à la dose de 8 à 15 grains. Dieulafoy et Eichorst emploient la fuchsine, Broadbent conseille le mercure. En somme, les médicaments anti-albuminuriques n'existent pas.

On produit la diurèse en agissant sur les reins, le cœur, la peau et l'intestin.

Diurétiques :

Le sels de potasse sont aujourd'hui très délaissés.

Poudre de digitale.....	15 grains
Poudre de scille.....	15 grains
Excipient.....	Q. S.

Pour vingt pilules, à prendre en deux ou trois jours.

Le benzoate de soude est un excellent diurétique ; il faut en masquer le goût par le citron, l'orange.

L'écorce fraîche de sureau fait une excellente tisane.

Quand on veut avoir recours à la méthode hypodermique :

Caféine.....	40 grains
Benzoate de soude.....	45 grains
Eau.....	Q. S.

Pour 10 centimètres cubes. Préférer toujours la caféine pure aux citrate, tartrate et valérienate, qui sont des sels mal définis.

Toniques cardio-vasculaires :

Digitale, strophanthus, spartéine. Peu indiqués dans les formes aiguës des néphrites.

Diaphorétiques :

Enveloppement dans des couvertures très chaudes. Briques chaudes. Les bains sont d'un emploi difficile.

Pilocarpine employée à faible dose plusieurs jours de suite.

Purgatifs :

Les purgatifs ne sont réellement utiles qu'au moment des accès d'urémie.

Il faut éviter de lacérer la peau par l'acupuncture. La ponction dans certains cas rend de grands services.

40. *Prévenir les accidents urémiques proprement dits.*

La saignée pratiquée en temps opportun est l'un des meilleurs remèdes.

Trousseau conseillait la compression des deux carotides pendant vingt minutes.

Anesthésiques et antispasmodiques : chloroforme, éther, chloral, bromures, antipyrine.

A. BRAULT.

Choléra infantile :

R.—Sous nitrate de bismuth.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Teinture d'opium.....	20 gouttes
Sirop d'opéca.....	} à à 2 drachmes
Sirop de rhubarbe arom.....	
Listérine.....	$\frac{1}{2}$ once
Mixture de craie.....	1 once

Sig.—Une cuillerée à thé aussi souvent que besoin, mais jamais plus que toutes les trois ou quatre heures. Enfants âgés de 10 à 12 mois.

D. J. ROBERTS.

R.—Listérine.....	} à à 1 once
Glycérine (C. P.).....	
Sirop simple.....	
Eau de cinnamome.....	

Sig.—Cuillerée à thé toutes les une, deux ou trois heures.

Fièvre typhoïde :

R.—Teinture d'iode.....	} à à 12 gouttes
Acide carbolique.....	
Infusion de digitale.....	

Sig.—Une cuillerée à soupe toutes les 2 ou 3 heures.

ROTHE.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - **Dr J. B. A. LAMARCHE**

Rédacteur en chef : - **Dr E. P. BENOIT**

MONTREAL, JUILLET 1896

BULLETIN MÉDICAL

Les ganglions cervicaux dans l'infection locale.

Les membres de la Société des Internes de l'Hôpital Notre-Dame étudient depuis un certain temps les maladies du système lymphatique, et cette étude est devenue fort intéressante par le nombre de communications auxquelles elle a donné lieu. Celle de M. le Dr Brennan entre autres contenait des vues originales et d'une haute portée clinique.

Le Dr Brennan est d'avis que le système vasculaire n'absorbe jamais les germes, même dans les cas de phlébite, et que l'infection se fait toujours par le système lymphatique. Il cite comme les deux principaux points d'entrée la muqueuse bucco-pharyngée et celle de l'intestin. L'infection par l'intestin, dit-il, est constatée d'habitude, mais celle qui se produit par la bouche et le pharynx, et qui se manifeste d'abord aux ganglions cervicaux, est souvent négligée. Il croit que cette négligence est une grande erreur dans la pratique, surtout chez les enfants, car un peu d'attention dirigée de ce côté permettrait de constater une infection à son début qui est simplement acquise, et qu'on pourrait plus tard attribuer à l'hérédité. Tel est le cas de la tuberculose. Il a constaté à maintes reprises chez des enfants l'hypertrophie des ganglions sous maxillaires et du ganglion de l'axis, et il a trouvé que cette hypertrophie était un symptôme précurseur de la tuberculose. Il est fort probable que l'infection se produit chez ces enfants, par la bouche ou le pharynx, et que l'hérédité joue un rôle bien moins grand que le milieu septique où ils vivent. Il se demande si les germes tuberculeux ne peuvent pas déterminer la méningite en pénétrant la membrane pituitaire et en étant absorbés par les canaux lymphatiques qui contiennent la gaine des nerfs qui passent à travers la lame criblée de l'ethmoïde. Les maux de tête si fréquents parmi les jeunes gens sont dus à un trouble circulatoire des membranes du cerveau amené par une infection locale du nez, de la bouche et du pharynx.

Le Dr Brennan signale ensuite un fait clinique auquel il attache une grande importance. Il divise les ganglions cervicaux en deux régions bien distinctes : ceux qui sont situés en avant, et ceux qui sont situés en arrière du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. Lorsqu'il y a hypertrophie des ganglions de la région pré-sternale, on a généralement affaire à la tuberculose (infection par le nez, la bouche, et surtout le pharynx). Quand les ganglions de la région rétro-sternale sont hypertrophiés, il faut songer à la syphilis (infection par le cuir chevelu). Le Dr. Brennan a remarqué l'hypertrophie de ces mêmes ganglions dans différentes lésions du cuir chevelu, et même quand les enfants ont des poux.

Le sérum de Marmoreck dans la scarlatine.

Les scarlatineux ont généralement un mal de gorge très fort, et bien que l'on ne connaisse pas le germe pathogène de la scarlatine, on sait que l'angine est due au streptocoque. Le Dr. Dubois a publié dans le *Bulletin Médical du Nord* l'observation de quatre cas auxquels il a injecté le sérum de Marmoreck avec un résultat très satisfaisant. Voici l'analyse qu'en fait la *Tribune Médicale* :

“ *Relativement à la température*, dans une observation elle baisse dès le lendemain de l'injection :—dans une autre, descente en lysis, puis chute à 36° ;—dans une autre, où il n'y avait pas de fièvre, la température baisse néanmoins et tombe au-dessous de 37 pendant toute la durée de la maladie ;—dans la dernière, l'injection avait été faite alors que, malgré la persistance de l'angine, il n'y avait plus d'élévation thermique.

“ *Relativement à l'angine*, dans trois cas, le gonflement, la rougeur framboisée de la gorge, l'érection des amygdales, l'enduit pultacé qui les recouvre, jusqu'à l'état de la langue, tout se modifie le lendemain même de l'injection. Deux jours après, la gorge est complètement débarrassée, la guérison de l'angine est complète. L'autre observation confirme ces résultats. Le malade, en effet, le moins touché quant aux manifestations pharyngées, mais non injecté, voit son angine augmenter et un dépôt pultacé se produire sur l'amygdale, alors que ses camarades sont complètement guéris. L'injection, quoique tardive, amène, le lendemain, le nettoyage complet de la gorge.

“ *Relativement au pouls* que M. Marmoreck dit ralenti et plus fort, dans trois observations on constate son ralentissement, mais en revanche, soit le lendemain, soit deux ou trois jours après l'injection, quelques irrégularités se produisirent. Doit-on généraliser ce fait et attribuer cette action au sérum ? Les observations sont trop peu nombreuses et on ne peut que signaler le fait.

“ *Relativement à l'adénopathie* : les ganglions cervicaux et inguinaux étaient pris chez un malade, toute la chaîne sterno-mastoïdienne chez un autre ; l'injection du sérum amena, en même temps que la disparition de l'angine, la diminution du volume et de la douleur occasionnée par l'adénopathie.

“ *Relativement à la néphrite*, on peut établir une comparaison entre les enfants injectés et celui qui fut momentanément conservé comme témoin. Les premiers reçurent le sérum dès le lendemain de leur entrée, pas un seul ne présente même des traces d'albumine. En même temps que l'aggravation de l'an-

gine, cette albumine apparaît au contraire, dans les urines du témoin, et, fait important signalé par Marmoreck, l'injection de 10 cc. fait disparaître complètement ce symptôme le jour suivant.

" *Relativement à la dose*, il a suffi, dans chacun des cas de M. Dubois, de 10 cc. en une seule injection pour amener les effets thérapeutiques; aucune complication n'est survenue pour nécessiter une nouvelle dose.

" *Relativement aux accidents locaux et généraux.*—Dans l'obs. No 1: simple plaque d'urticaire indolore, qui disparaît complètement le lendemain. Dans l'obs. No 2, la piqûre reste indolore, sans empatement: seulement au septième jour légères papules urticariennes circumvoisines. Dans l'obs. No 3, léger empatement, quelques papules d'urticaire s'étendent aux mollets, aux épaules et s'affaissent au bout de trois jours. Dans l'obs. No 4, rien.

" En somme, conclut M. Dubois, ces observations montrent l'efficacité indéniable du sérum de Marmoreck."

Un nouvel anesthésique: Le Chloridène

Le Dr Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon, a fait connaître au Congrès des Sociétés Savantes les résultats obtenus dans les hôpitaux avec un nouvel anesthésique, le chloridène. C'est un bichlorure d'éthylidène, que l'on administre à dose relativement massive (5 à 6 centimètres cubes) à l'aide d'un bonnet fermé, comme pour l'éther. L'anesthésie dure de 5 à 10 minutes, et on peut la prolonger en ajoutant de temps à autre 2 centimètres cubes de la préparation. MM. Soulier et Briau ont pratiqué 8417 anesthésies, et ils ont constaté que le chloridène offre peu d'inconvénients et de grands avantages.

Les inconvénients sont les suivants: dans certains cas, résolution musculaire incomplète et trop grande facilité du réveil. On ne peut employer le chloridène pour les opérations de longue durée.

Lorsque l'opération doit être courte, le chloridène a beaucoup d'avantages. Le sommeil vient rapidement; le réveil est facile et ne s'accompagne pas de malaise, de vomissement, de syncope. Il va très bien aux alcooliques, qui résistent si souvent à l'éther.

Le Dr Soulier considère le chloridène comme un chloroforme moins dangereux, un éther beaucoup plus actif et non inflammable à distance. L'absence des désagréments consécutifs en fait un anesthésique précieux dans la clientèle privée. Son activité sous un petit volume compense bien sa cherté actuelle.

Guérison d'un cas de tétanos par le sérum anti-tétanique

Un enfant de treize ans, qui était allé prendre un bain dans un fossé contenant toutes sortes de détritres et d'immondices, se coupa le genou avec un morceau de verre souillé de vase. Après douze jours de repos le blessé avait repris ses occupations habituelles, quand il dut s'aliter en raison de douleurs et de spasme de la gorge. Le Dr Siméon Delbecq (d'Estaires) constata chez lui les symptômes classiques du tétanos; raideur des muscles sourciliers, des muscles de la nuque et des lombes; contracture du diaphragme. Bromure et chloral.

Le lendemain éclatent de véritables crises. L'enfant s'éveille toutes les cinq minutes pour faire entendre des cris de douleur. En même temps sa figure se contracte, devient grimaçante, les mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre, tous les muscles du corps sont contracturés. A ce moment, le corps est aussi raide qu'une planche. Pendant l'intervalle des accès, l'enfant semble dormir. Il ne peut souffrir personne autour de son lit. Le moindre bruit l'agace; le fait de s'approcher de son lit provoque un accès.

M. Delbecq se décida à essayer le sérum antitétanique, préparé par M. Calmette à l'Institut Pasteur de Lille.

Une première injection de 10 cc fut faite sous la peau du flanc droit à neuf heures du soir, soit dix-huit jours après la blessure. La piqure de l'aiguille détermine un accès. Il faut noter des sueurs abondantes. L'enfant est dans un véritable bain de vapeur. Comme conséquences, malgré des boissons abondantes, l'anurie est complète. Chloral et morphine.

La nuit est très mauvaise. Les accès sont de plus en plus fréquents et pour ainsi dire subintrants. Le matin, le malade est resté pendant quatre heures sans vouloir absorber une goutte de boisson. Vers six heures, les personnes de son entourage, le jugeant perdu, récitent les prières des agonisants. M. Delbecq fait, vers onze heures, la deuxième injection. Vers deux heures, le malade éprouve un soulagement manifeste; il le déclare lui-même en disant qu'il a beaucoup moins de mal et il nomme les personnes présentes. Puis il s'endort d'un long somme de trois heures coupé de crises beaucoup moins fréquentes. La transpiration continue à être très abondante. L'anurie a persisté jusqu'à cinq heures du soir. A ce moment, l'enfant émet 5 à 600 grammes d'une urine épaisse et très chargée en phosphates et en urates. Il n'avait pas uriné depuis la veille à deux heures.

Le lendemain même état, mais le jour suivant il semble qu'il y ait recrudescence; les accès restent moins douloureux et moins intenses, mais leur fréquence augmente. On fait une troisième injection de 10 cc, et on supprime la potion chloral-morphine. Le mieux s'accuse dès le soir, s'affirme pendant la nuit et le jour suivant, où le malade essaie de manger. L'amélioration n'a pas cessé jusqu'à la guérison, qui fut assez rapide. Notre confrère termine par les observations suivantes :

“ Une dose de 10 cc n'a donné aucun résultat. Une deuxième dose assez rapprochée de la première (douze heures d'intervalle) a produit une amélioration marquée. La marche vers la guérison n'a paru assurée qu'après une troisième injection faite deux jours après la deuxième. Pour faire disparaître plus rapidement les accès de fièvre et les raideurs qui ont encore tenu l'enfant au lit pendant dix jours, n'y avait-il pas indication de faire de nouvelles injections de sérum ?

L'analyse des urines faite plusieurs fois pendant la convalescence n'a pas décelé d'albumine.

Pas d'urticaire, pas d'érythème. Les reins n'ont donc pas été touchés, ni par les toxines tétaniques, ni par le sérum antitétanique (*Nord médical*, 1896).”

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne.

Durant le mois de mai 402 malades ont été traités à l'Hôtel-Dieu, 194 nouveaux admis et 208 des mois précédents. De ce nombre 189 ont été congédiés et 8 ont succombé aux affections suivantes : Deux de pneumonie, deux de néphrite parenchymateuse chronique, deux de phtisie pulmonaire, 1 de cancer du sein opéré trois fois en 14 mois et 1 de péritonite suraiguë, causée par une rupture de l'estomac.

La patiente avait été opérée pour un fibrome du ligament large droit pesant 32 livres. Les vomissements violents qui survinrent après l'opération déterminèrent chez cette personne qui souffrait d'ulcères d'estomac une rupture à deux endroits.

En chirurgie, depuis le 25 du mois de mai, il s'est fait 73 opérations et en ophtalmologie 48.

Parmi les plus importantes nous pouvons noter : cinq laparatomies, trois pour des fibromes utérins et deux pour l'enlèvement des ovaires, une résection du genou, deux cancers du sein, deux amputations de jambes, deux lithotrities, une taille périnéale et trois lipomes, etc., etc.

25 juin 1896.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derôme, interne en chef.

Le beau temps, d'ordinaire, diminue le nombre des miséreux qui viennent demander du soulagement dans les différents dispensaires de l'Hôpital. Les statistiques des mois de mai et juin ne montrent cependant qu'une légère diminution. Par compte les opérations ont été un peu moins nombreuses mais non moins importantes, comme vous pourrez en juger par les quelques cas que je me propose de signaler à votre attention.

Une polonaise, âgée de 28 ans, mariée au pays depuis quelques mois, ne parlant que le Polonais, se présente au dispensaire de gynécologie pour une tumeur abdominale. Faute d'interprète, on n'a pu faire l'histoire du cas.

Un examen minutieux révèle une tumeur remplissant toute la cavité abdominale, à cheval sur la colonne vertébrale, indépendante de l'utérus en apparence du moins. La véritable nature du néoplasme reste chose inconnue jusqu'au jour de l'opération. C'est alors qu'une tumeur de 20 lbs., de nature papillomateuse, envahissant l'ovaire et le ligament large droit, se présente sous le couteau de l'opérateur qui a, en plus, à défaire, après ligature, une dizaine d'adhérences intestinales.

L'ovaire gauche présente un envahissement de même nature maligne, au début, et subit le même sort que le droit. La photographie ci jointe due à l'obligeance de M. Charpentier, E. E. M., vous donne une idée assez exacte de la forme et de l'apparence du néoplasme. (1) Le pédicule très long mesure à peu près six centimètres.

Dans sa plus grande longueur (A. B.), la tumeur mesure 28 centim. ; dans sa largeur (C. D.), 19 centim., et dans son épaisseur (E. F.), 11 centim.

L'opération a été pratiquée le six juin et le résultat est des plus satisfaisants pour le présent, sans toutefois offrir beaucoup de sûreté au point de vue de la non-récidive.

Il n'y a eu aucune élévation de température depuis le six juin jusqu'à aujourd'hui. La respiration, un peu accélérée les premiers jours, s'est tenue dans une moyenne de 20 à la minute.

Voilà pour la gynécologie, sans oublier une hystérectomie vaginale rendue assez difficile par de nombreuses adhérences.

Si la saison du sport offre aux amateurs des spectacles justement appréciés, elle nous a fourni un cas de trépanation pour une fracture du crâne, que je rapporterai au long.

A cinq heures de l'après midi, le 7 juin, l'ambulance va recueillir M. Louis X. âgé de 26 ans, qui venait de se blesser à la tête en jouant à la *base-ball*.

Etat du malade à l'arrivée de la voiture d'ambulance : enfoncement des os du crâne sur une circonférence d'environ 10 pcs, ayant pour centre, à peu près l'angle formé par le frontal, le pariétal et le temporal. Le blessé est assis dans une chaise, ne pouvant marcher, mais répondant bien à toutes les questions qu'on lui pose ; le pouls compte 52 pulsations.

Du lieu de l'accident à l'hôpital, pouls plus ralenti ; à son arrivée à l'hôpital le pouls compte 56 pulsations. La victime tombe dans un état somnolent et se plaint d'avoir froid.

On réchauffe le malade et lui fait administrer une once de brandy répétée au bout d'une heure. A 6.30 p. m., le pouls de 56 remonte à 72 ; devient plus plein et plus fort. L'ecchymose et le gonflement de l'œil droit ne tardent pas à se montrer. 8.30 hrs p. m., pouls irrégulier, pulsations 80. Ne parle plus. Température 99½°. Brandy discontinué. 11.30 hrs p. m., malade repose. Gonflement très prononcé.

Le malade passe ainsi la nuit avec des intervalles de repos et d'agitation qui augmentent sur le matin. A cinq hrs a. m., il se plaint d'avoir mal à la tête ; à 7 hrs ne donne aucune marque de connaissance.

10 hrs, opération. Pouls 54. Respiration 40. Température 99°. Toilette de la tête faite avec beaucoup de soin, après que le cuir chevelu a été complètement rasé.

Endormi au chloroforme. Incision cruciale dans la région enfoncée ; détachement du périoste, jusque en dehors de la fracture que l'on trouve formant

(1) Nous n'avons pu faire faire à temps la photogravure, que nous publierons le mois prochain, nous publierons aussi celle des fragments d'os enlevés dans le cas de Louis X.

une circonférence à peu près complète mesurant 3 pes de diamètre d'avant en arrière, et 2½ pes de gauche à droite. Après l'enlèvement des esquilles on constate une déchirure des membranes sur une longueur de 3 pes environ, avec hernie d'une petite quantité de la substance cérébrale. Un caillot, de la grosseur d'un œuf de poule, est détaché avec une curette mousse, d'entre le frontal et la dure-mère.

Après avoir suturé les membranes et ligaturé les artères qui donnent, le tout est tamponné à la gaze iodoformée et pansé à plat.

Lorsque le caillot a été enlevé, le pouls a de suite remonté à 80 pulsations. La respiration s'est maintenue entre 24 et 28.

Les observations sont continuées toutes les deux hrs, pour la température, le pouls et la respiration.

La malade repose bien, après l'opération, mais est un peu agité le second soir.

Le soir de l'opération la température monte jusqu'à 100°, revient à la normale le lendemain matin et s'y maintient jusqu'à aujourd'hui le 25 juin.

Durant tout ce temps l'opéré ne se plaint de douleurs à la tête que les jours où le pansement a été renouvelé.

L'incision cruciale a été fermée dans trois de ses branches trois jours après l'opération ; les sutures sont faites au catgut préparé à l'acide chromique carbonisé. La 4me branche de l'incision a été laissée ouverte en cas de besoin. Aujourd'hui ce qui reste de l'incision achève de granuler, sans n'avoir jamais présenté la moindre trace d'inflammation.

Le blessé quittera l'hôpital sur la fin de la semaine, complètement guéri, et ayant au complet toutes ses facultés tant intellectuelles que motrices. L'avenir aura à confirmer le succès.

Dans le domaine de la médecine nous avons eu une série de cas de maladies de Bright avec complications cardiaques très prononcées. L'un entre autre, qui s'est terminé fatalement le 6 juin, a été d'un intérêt capital, pour avoir fait presque manquer ses examens à un élève de 4me qui différait d'opinion avec ses examinateurs, un seul excepté et les assesseurs bien entendu.

Delle G. âgée de 18 ans, fait son entrée à l'Hôpital quelques jours avant les examens en mars. La maladie débutait brusquement, durant la nuit, trois semaines avant, par une crise ressemblant beaucoup à une attaque d'asthme. Ces crises se renouvelèrent quatre ou cinq fois, et sur l'avis d'un médecin son entrée à l'Hôpital est décidée. La patiente a une facies pâle, les traits pinces, amaigris, ne peut se coucher, mais reste appuyée ou demi-assise dans son lit ou une grande chaise. Sans tousser, ni expectorer, au moment de ses crises, elle court après sa respiration et menace de mourir asphyxiée. La percussion ne révèle rien d'anormal du côté du poumon droit. Le côté gauche du thorax offre une zone mate très étendue, dans la région du cœur. Le poumon semble ne pas fonctionner.

À l'auscultation, du côté droit on a la respiration puérile d'une manière très prononcée, presque du souffie emphorique ; du côté gauche on entend presque rien.

L'urine, diminuée de quantité, précipite sous le réactif ordinaire une quantité considérable d'albumine. Le cœur laisse entendre à la pointe un dédoublement du premier temps et un bruit présystolique peu prononcé.

Le régime lacté absolu est institué et les crises, de journalières qu'elles étaient, s'éloignent de quatre, cinq jours et même d'une semaine, enfin la malade quitte l'Hôpital, fatiguée du régime, mais considérablement améliorée. Chez elle, tout traitement est mis de côté et elle nous revient le 25 mai, plus mal que la première fois, pour mourir le 6 juin. L'autopsie laisse constater un cœur énorme pesant 20 onces, avec lésions mitrales, un poumon gauche tout refoulé au sommet de la cage thoracique, un poumon droit avec une dilatation bronchique considérable, mais pas de cavernes ni de trace de tuberculose, enfin un rein droit pesant une once et un rein gauche de deux onces.

Je terminerai par quelques notes recueillies dans le service et le dispensaire du Dr Foucher.

Une fille de 15 ans se présente avec une irido-cyclite de l'œil gauche, survenue à la suite des fièvres scarlatines, par ulcération et perforation cornéenne et atrophie consécutive. Les douleurs caractéristiques de l'irido-cyclite sont très prononcées. Il ne reste nulle autre alternative pour conserver l'œil sain, que de sacrifier l'œil malade. En effet, en ouvrant l'œil on a trouvé une dégénérescence calcaire du cristallin et de nombreux points d'ossification de la choroïde qui n'ont fait que confirmer l'urgence de l'intervention chirurgicale. Le même jour se présentait un cas de destruction complète du palais mou par ulcération syphilitique.

Il me paraît bon de noter une remarque relevée au cours d'une clinique, que le nombre des trachomateux diminue sensiblement depuis quelques années.

Pour clore ce courrier déjà passablement long je rapporterai un cas de mastoïdite simulant beaucoup la fièvre typhoïde.

Delle X, âgée de 14 ans, employée dans une filature de coton, est amenée à l'Hôpital Notre-Dame le 7 avril 1896, avec perte de connaissance, suivie bientôt par un délire assez bruyant par moments. D'après les apparences et les renseignements fournis par les parents et le médecin traitant avant l'admission à l'Hôpital, l'enfant aurait les fièvres typhoïdes. L'audition avait diminué graduellement jusqu'à perte complète 3 jours après son entrée. Quelques jours plus tard, un écoulement purulent fait son apparition à l'oreille droite et la patiente passe du service interne dans le service des oreilles. Un empatement de l'apophyse mastoïde avec rejet du pavillon de l'oreille en avant plaident en faveur l'intervention chirurgicale. Une incision profonde dans le pli auriculo-mastoidien et une autre perpendiculaire à celle-ci au niveau de la *spina supra meatum* permettent de mettre à découvert l'apophyse, et laissent voir après que le périoste fut ruginé un enfoncement de $1\frac{1}{2}$ centim. de diamètre s'étendant de la limite du sinus latéral à la paroi postérieure du conduit et communiquant directement, avec la caisse. Aussitôt l'opérateur se trouve en présence d'un pus abondant et de granulations de nature polypeuse. Le tout est curetté, irrigué avec une solution concentrée d'acide borique, et l'antré est tamponnée à la gaze iodoformée. Le pansement est renouvelé chaque jour. Aucune élévation de température ne suit l'opération; l'écoulement de l'oreille diminue graduellement pour cesser au bout de 10 jours. La patiente est congédiée, guérie, 18 jours après l'opération. L'audition s'est beaucoup améliorée et aujourd'hui elle est revenue à 6/10. La patiente est bien portante.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'APPROBATION DES MÉDECINS

Dans le dernier numéro de l'*Union Médicale*, après avoir parlé de la réforme dans la manière de voter proposée par MM. Rottot et Fafard, nous ajoutons : "Jamais nous ne pourrions améliorer le Bureau actuel (1) si nous ne modifions pas le système de votation. Nous demandons donc aujourd'hui à nos lecteurs s'ils nous approuvent dans notre conduite et dans nos idées, s'ils sont en faveur d'un changement dans le système d'élection, s'ils croient que MM. les Drs Rottot et Fafard ont raison de proposer le remplacement de la procuration ouverte actuelle par une procuration motivée, ou, ce qui serait mieux encore, une procuration secrète." Nous sommes heureux de dire que près de trois cents médecins nous ont envoyé leur approbation. Ce n'est pas tout à fait autant que nous avions promis. Mais il faut se rappeler que nous étions en temps d'élection, qu'un grand nombre de médecins n'ont pas encore lu le journal, et qu'un certain nombre d'autres préfèrent attendre avant de se prononcer. Nous en avons suffisamment reçues pour nous croire appuyés déjà dans nos idées par une bonne partie de la profession médicale. Il nous en est venu de partout, de Montréal, de Québec, de Trois-Rivières, de Sherbrooke, de St-Yacinthe, de St-Jérôme et d'une foule de villages éloignés.

Plusieurs médecins ont ajouté quelques mots à leur feuillet d'approbation. La procuration secrète, nous dit l'un d'eux, "serait la chose la plus juste pour tant de médecins qui ne peuvent se rendre pour exprimer LIBREMENT leur opinion. Je vous souhaite succès." "Je ne paie ma contribution au Bureau actuel qu'en maudissant," nous dit un autre. Un troisième nous écrit : "Si le corps médical souffre et est humilié de cet état de chose, la population l'est encore davantage." Et ainsi de suite. Comme on le voit, il y a des médecins qui s'intéressent à cette question de réforme du Bureau provincial, et comme nous continuons à recevoir des approbations, ce sera, nous l'espérons, la grande majorité de la profession médicale.

Car nous subissons maintenant un état de chose qu'il faut absolument changer. Nous avons à l'heure actuelle un Bureau qui parle beaucoup, publie des réclames, mais n'a jamais eu d'autres soucis que de conserver avec un soin jaloux le contrôle de la votation, collecter les contributions suivant son bon plaisir—et voyager. Les promesses, par exemple, ne manquent pas : conseil de discipline (comme au collège), licence interprovinciale, bibliothèque circulante, facilité des études à Paris (le bureau est très en faveur des voyages), tout cela est bel et bon. Mais, comme dit l'autre, avant de porter un chapeau de soie, il vaut mieux s'acheter une chemise. Nous demandons donc qu'on laisse de côté

(1) Nous désirons dire une fois pour toute que lorsque nous parlons du Bureau actuel, nous ne voulons pas parler de tous ses membres. Il y a dans le Bureau des hommes pour qui nous avons la plus grande estime.

Paris et les provinces, et qu'on s'occupe un peu de Québec. Nous ne voyons pas bien comment le Bureau pourrait nous discipliner alors qu'il ne peut pas même tenir ses livres en ordre et use envers ses membres de la complaisance la plus large, pour ne pas dire plus.

Nous n'avons pas entrepris cette polémique à la légère. Nous savons ce que nous disons, et nous n'avons pas encore tout dit. Nous avons rappelé à nos lecteurs que le Bureau n'a rien fait pour nous protéger contre les charlatans et les mauvais payeurs, qu'il nous a toujours refusé avec un soin jaloux le droit de voter librement, et qu'il n'a jamais permis que chaque district pouvait aimer à choisir lui-même ses représentants. Nous aborderons dans nos prochains articles la question financière ; nous attendons, pour parler sur ce sujet, le résultat de l'assemblée du 2 juillet. Le Bureau va probablement déclarer qu'il est innocent comme l'enfant qui vient de naître des erreurs commises, et que la complaisance mutuelle est encore le meilleur témoignage d'amitié. Nous verrons cela.

Nous avons eu l'occasion de causer avec un grand nombre de médecins à Québec et à Montréal, depuis la publication de nos précédents articles. Tous, moins les intéressés, sont en faveur de l'élection par district et de la votation secrète. Tous désirent un changement et ne sont guère satisfaits de la manière d'agir du Bureau actuel. Aussi avons nous leur promesse de nous secourir dans nos efforts. Nous méritons d'autant plus d'encouragement que notre lutte est tout à fait désintéressée. Nous la faisons pour nos abonnés, pour nos lecteurs, parce que nous croyons que c'est le rôle d'un bon journal de médecine de défendre les intérêts de ses amis. Nous constatons du malaise dans la profession ; nous savons qu'elle en est la cause ; personne ne veut la dire ; eh bien, nous parlerons ! Quand nous aurons bien établi les faits et montré le remède, nous laisserons les médecins agir d'eux-mêmes. Nous considérons que notre rôle ne va pas plus loin. Appuyés par nos abonnés, et nous avons déjà l'approbation d'un grand nombre, nous n'hésitons pas à aller de l'avant, et à exposer les faits, considérant que c'est l'intérêt du journal autant que celui de la profession. Le moment venu, ce sera aux médecins d'agir s'ils veulent se donner un Bureau efficace. Mais alors nous ne nous en mêlons plus, car ce serait sortir de notre sphère.

Nous voulons bien dire et prouver, mais ce n'est pas à nous d'agir.

DÉCÈS

A Montréal, le 27 mai courant, à l'âge de 24 ans, Madame Huët, épouse de feu le Dr J. E. Huët.
