

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.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Pagination continue. |

TRAVAUX ORIGINAUX

Des principaux éléments de succès en coélotomie;

par A. Laphorn SMITH, M.D., Laval, M. R. C. S., Eng.,
de Montréal.

S'il est vrai qu'on a pratiqué beaucoup de sections abdominales, quelquefois même sans qu'il y eut de maladie organique du côté des viscères, il n'est pas moins vrai qu'elles ont été trop rares là où il y avait une nécessité réelle d'évacuer des amas de pus virulent accumulé dans les ovaires et les trompes; ainsi tandis que les opérateurs sans expérience se corrigent de la manie d'enlever des annexes utérins parfaitement sains, le courage des chirurgiens expérimentés en opérations abdominales fait de grands progrès; tels cas que les plus hardis n'auraient pas tenté d'aborder il y a quelques années, font aujourd'hui le succès de l'habile gynécologiste. Ce succès augmentant nous donne de la hardiesse puis la hardiesse a son tour fait grandir nos succès.

Il est bon de temps en temps de se rendre compte de nos progrès - c'est pourquoi comme sujet de ma conférence j'ai choisi une revue des éléments de notre succès actuel en chirurgie abdominale. Pour en venir à mes conclusions je me suis d'abord informé auprès d'un grand nombre d'opérateurs judicieux et habiles s'ils avaient déjà eu quelques cas de mortalité à enregistrer et si tel était le cas quelle avait été la cause de la mort et comment auraient-ils pu la prévenir? En second lieu j'ai fait de minutieuses observations des règles que suivent un grand nombre d'opérateurs qui réussissent bien et qui ont atteint le chiffre minimum de la mortalité. Je crois qu'il est facile de constater d'où vient leur réussite. Ma propre expérience n'est pas suffisante pour mériter beaucoup de considération, mais sur les trois cas de décès qui n'ont pas été sans me donner de précieuses leçons, je me ferai un devoir de les insérer dans ce travail.

D'après les informations ci dessus j'ai constaté que la mort arrivant à la suite d'une section abdominale est due à une ou à plusieurs des causes suivantes je les ai énumérées par ordre de fréquence, à savoir :

- 1er Septicémie ou péritonite.
- 2ième Hémorrhagie, soit immédiate (autrement dit choc), soit secondaire.
- 3ième Anesthésie prolongée.
- 4ième Intervention avec les mouvements péristaltiques des intestins.
- 5ième Procrastination de l'opération.

Ajoutons à ces causes qui sont de vie et de mort d'autres accidents moins graves tels qu'un abcès des parois abdominales, une hernie ombilicale, une blessure de la vessie qui tout en étant pas dangereux pour la vie diminuent plus ou moins le succès de l'opération.

Comment éviter la septicémie.—Pourvu que l'on puisse obtenir une propreté chirurgicale absolue en tout ce qui concerne la patiente, l'opérateur et ses instruments y compris les ligatures et les autres, il nous reste presque rien à craindre de la septicémie.

C'est une erreur de croire qu'une salle d'opération érigée à grands frais soit absolument nécessaire. Souvent j'ai pratiqué à domicile des laparotomies chez des gens rendus au dernier échelon de la pauvreté, logés dans les quartiers les plus malsains de Montréal; c'est encore à l'hôpital des femmes où j'ai fait un grand nombre de mes opérations les plus difficiles dans une petite salle où chaque jour on pratique d'autres opérations sans en exclure le curettage dans les cas de fièvre puerpérale les plus infectes et malgré cela nous avons enregistré une liste non interrompue de malades guéries qui n'ont pas éprouvé le moindre signe de septicémie. Dans bien des cas le médecin qui m'assistait était un praticien s'occupant de médecine générale et qui dans le moment avait sous ses soins des cas de diphtérie et de fièvre scarlatine; il se trouve ordinairement un nombre assez considérable d'étudiants et de médecins qui assistent comme spectateurs.

Pourvu que tous se fassent un devoir de ne toucher à rien de ce qui doit servir à l'opération, excepté ceux qui se sont préparé les mains dans ce but, je ne m'occupe pas beaucoup de savoir si les visiteurs ont donné leurs soins à des patients atteints de diphtérie un instant avant de venir assister à l'opération. Ainsi on peut dire avec certitude que toute cette série de préparations élaborées que l'on fait subir en Allemagne aux visiteurs qui doivent assister aux cliniques et qui consistent à leur faire endosser l'uniforme d'hôpital, à les dépouiller de leur cravate et de leur collet, à insuffler sur eux des vapeurs d'acide carbolique, toutes ces préparations, dis-je, ne sont pas nécessaires, dès que ces gens sont tenus en un endroit où il leur est impossible d'approcher ou de toucher quelque objet qui doit servir durant l'opération; toute autre précaution vis-à-vis d'eux est inutile, mais cette dernière est d'une nécessité absolue. C'est un axiome de mécanique que dans une machine aucune pièce ne doit être supérieure en force à sa partie la plus faible; or, l'attention la plus minutieuse pour observer tous les détails de l'asepsie devient inutile si un seul visiteur qui, n'étant pas aseptique, parvient à infecter nos instruments ou nos éponges. Je puis difficilement dire combien de fois j'ai vu un visiteur essayer de ramasser un scalpel, une pince ou une éponge qui était tombé sur le plancher et vouloir le replacer sur le plateau ou dans le plat; une fois même j'ai vu un praticien qui avait envoyé un cas à un des principaux opérateurs de New-York, entrer

dans dans la salle tandis que le chirurgien faisait l'opération avec les précautions aseptiques les plus minutieuses, ce médecin s'avancer tout-à coup et sans même s'être lavé les mains, vouloir aider l'opérateur en retenant les intestins dans la cavité abdominale. D'autres fois ces gens se porteront au devant de l'opérateur, lui présentant les ligatures ou les éponges stérilisées avec tant de soins. Les affiches que l'on voit dans plusieurs hôpitaux avertissant les visiteurs de ne rien toucher sont de bonnes précautions, mais pas suffisantes; vaudrait mieux les exclure, de cette façon il leur serait impossible d'approcher des objets que nous avons minutieusement stérilisés. Voilà pour les visiteurs, j'espère ne pas avoir été trop dur envers eux, mais ils me donnent toujours beaucoup d'inquiétude relativement au succès de mes opérations; les gardes-malades tout aussi bien que les assistants doivent se désinfecter les mains immédiatement avant l'opération, et cela avec tout autant de soins que l'opérateur lui-même, car si leurs mains ne pénètrent pas dans la cavité du péritoine, les éponges qu'elles manient y pénètrent; c'est pourquoi je vois à ce que assistants et gardes-malades se conforment à la règle; je n'accepte jamais l'assertion que leurs mains sont nettes, quelques précautions que je prône, ils doivent les prendre en même temps que moi. Ils doivent laver leurs ongles avec une brosse, du savon et de l'eau chaude, les rincer dans une solution de bichlorure puis dans de l'eau, baigner ensuite leurs mains dans une solution saturée de permanganate de potasse jusqu'à ce qu'elles deviennent d'un brun acajou, les blanchir dans une solution d'acide oxalique puis les rincer de nouveau dans de l'eau bouillie. Je ne demande pas aux gardes-malades si elles sont à l'époque de leurs menstrues comme le font par excès de zèle certains confrères dont j'oublie les noms. Je ne pense pas que cela puisse compter pour quelque chose.

A l'époque où j'employais les éponges j'avais beaucoup de difficultés pour les désinfecter convenablement, la désinfection détruisant en partie leur frêle organisme m'obligeait à des dépenses considérables. J'ai cessé de les employer dans mon hôpital privé et j'espère bientôt les exclure de l'hôpital des femmes. Maintenant mes garde-malades me font à temps perdu et par centaines des tampons de gaze absorbant de 6 pouces carrée et comprenant 6 feuillets, elles les cousent à leurs bords, les subliment et les font bouillir pendant plusieurs heures. Par ce procédé ils sont tout à fait stérilisés, une fois qu'ils ont servi on ne les jette pas mais après l'opération on les fait bouillir pendant une heure dans une solution de soda caustique qui en dissout toute la fibrine, on les fait ensuite sécher dans un fourneau à une température de 212° f. jusqu'à ce qu'ils soient complètement stérilisés puis on les dépose dans un bocal en verre hermétiquement fermé, on les enveloppe alors dans une serviette et on les fait bouillir pendant une demi heure. Avant l'opération suivante, le chirurgien lui-même au

moment d'opérer déplier cette serviette, les instruments n'ont besoin d'aucun antiseptique. Une solution d'acide carbolique au $\frac{1}{10}$ comme désinfectant, ne vaut pas l'eau bouillante, tandis qu'au 20^e elle attaque les mains et brûle l'épiderme, l'acide carbolique est inutile, coûteux et désagréable, la première raison est seule suffisante pour le faire abandonner.

Pour empêcher la rouille d'attaquer les instruments d'acier on les fait bouillir dans une chaudière d'eau contenant une cuillerée à thé de soude caustique, les scalpels sont enveloppés dans un des tampons mentionnés plus haut afin d'en protéger les taillants mais une fréquente alternative à la chaleur et au refroidissement graduel finit souvent par amollir la trempe des instruments d'acier, pour remédier à cet inconvénient on les plonge simultanément et à plusieurs reprises dans l'eau à la glace puis dans l'eau bouillante, je fais bouillir avec mes instruments le crin de Florence dont je me sers pour les sutures abdominales y compris les ligatures de soie que j'ai employées jusqu'ici pour attacher les pédicules. A l'avenir j'ai l'intention de faire usage du catgut de Keller rendu aseptique en le faisant macérer dans l'éther pendant deux semaines, procédé qui en extrait quelques gouttes d'huile; on le fait ensuite tremper dans une solution de sublimé $\frac{1}{2000}$ après quoi on le laisse dans l'alcool absolu jusqu'à ce que l'on s'en serve.

L'asepsie de la malade, facile pour moi est une précaution qui donne beaucoup d'anxiété à plusieurs opérateurs. Toutes les fois que la chose est possible on conduit la malade à l'hôpital 3 jours avant l'opération où chaque soir on lui fait prendre un bain chaud, dans une eau saturée de savon, les bains durent de 20 à 30 minutes chaque fois, débarrassent le corps de toutes ses peaux mortes avec leur colonies de microbes et ne laissent rien qu'un épiderme sain et vigoureux. La garde-malade porte une attention toute spéciale au nettoyage du nombril. La patiente ainsi préparée, vêtue d'habits bien lavés, couchée dans un lit bien net me laisse peu d'anxiété en ce qui regarde la propreté du champ opératoire. Simple-ment je lave l'abdomen et surtout l'ombilic avec une brosse et du savon, je rase non-seulement le pubis mais aussi l'abdomen où il se trouve toujours des poils très fins.

Je rince avec une solution de bichlorure au 5000^e, puis au moment d'opérer avec de l'eau bouillie afin de ne pas gâter mes instruments. Voici deux moyens faciles de prévenir beaucoup de difficultés. Bien des fois au premier coup de couteau j'ai vu la patiente porter tout à coup la main sur le champ opératoire lorsqu'on l'avait crue tout à fait endormie, ainsi donc il est bon d'envelopper les mains du sujet dans des serviettes bien propres, puis au moyen d'une bande de coton, les attacher ensemble fermement sans toute fois exercer trop de violence. Souvent aussi par un brusque mouvement j'ai vu la malade soulever ses genoux, éparpillant sur le plancher les pinces hémostatiques, les

scalpels, les ciseaux tous disposés à la main du chirurgien. Pour éviter cet inconvénient, il faut attacher les genoux de la malade à la table avec une large courroie munie d'une boucle comme le surfaix d'un cheval. Non seulement cette précaution l'empêchera de se mouvoir mais la nécessité survenant, dans un cas de syncope par exemple, les assistants sans toucher la malade pourront lui faire assumer la position renversée, en imprimant à la table un mouvement de bascul. Dès que la patiente est sur la table, le premier devoir de la garde malade avant de se désinfecter les mains et d'attacher les jambes et de passer le cathéter en présence de l'opérateur. Il m'est arrivé de voir un chirurgien de renom, inciser une vessie remplie chez une femme, qui lui avait-on dit, avait uriné immédiatement avant de prendre le chloroforme et la même chose me serait arrivé si je n'ous pas commencé mon incision un peu plus haut que d'habitude. En introduisant mes doigts dans l'abdomen, je sentis dans la région de la vessie une tumeur fluctuante, l'opération interrompue je retirai un litre d'urine. Quelques fois le rein secrète en peu de temps une grande quantité d'urine, quelques fois il y a rétention, le plus sûr est de ne rien risquer et de s'assurer soi-même que le cathétérisme est bien fait, tandis que la malade est sur la table. En faisant la première incision à mi-chemin, entre l'ombilic et le pubis et à peine suffisante pour introduire un doigt, on peut certainement éviter la vessie, on se sert du doigt comme directeur sur lequel on glisse la lame du bistouri, ou les ciseaux, prolongeant l'incision vers le pubis au-si loin qu'il est nécessaire, ayant le soin d'arrêter dès qu'il y a danger. On a l'habitude d'employer toutes les ressources imaginables pour trouver la ligne blanche afin d'ouvrir l'abdomen en plein milieu de cette ligne. Combien de précieux moments j'ai vu perdre à la recherche de cette ligne, et l'eût-on trouvée, on aurait pas augmenté du tout les chances de succès de l'opération. On doit toujours prendre soin pour couvrir le péritoine de se servir d'un directeur que l'on introduit à travers une petite incision faite au moment où l'on soulève au moyen de deux pinces la séreuse abdominale. J'ai vu de célèbres chirurgiens couper l'intestin en ouvrant le péritoine, et si je n'eusse pas eu la précaution de me servir d'une sonde canulée, la même chose me serait arrivée plusieurs fois dans des cas où l'intestin était adhérent à la paroi abdominale. Il nous est maintenant possible d'avoir un abcès des parois abdominales, ou d'obtenir une guérison par première intention suivant que l'on emploie les pinces hémostatiques pour arrêter le sang que donne l'incision, ou que l'on se contente de faire usage de compresses très chaudes. Si les vaisseaux sont assez gros pour donner un jet de sang, plutôt que de les attacher, vaut mieux les couper complètement, au moyen d'une pince, tordre les deux bouts, car l'absorption du catgut est un travail que les plagosytes se passent bien de faire. A présent, que

l'on prend des précautions aseptiques rigoureuses, les divers abcès qui peuvent suivre l'opération et que l'on attribue à la septicémie, sont bien plus souvent dûs à la contusion des tissus, par de puissantes pinces hémostatiques laissées dans la place pendant plus d'un quart d'heure, surtout là où il s'agit du tissu cellulaire qui est d'une texture fort délicate. Et l'abcès que l'on attribue aux points de suture est plutôt dû à la mortification des tissus, par les ligatures trop serrées.

D'après certains opérateurs, l'aiguille souillée par les couches superficielles de la peau iraient porter l'infection dans la profondeur des tissus, accident qu'ils cherchent à éviter par tous les moyens possibles. Mes dix dernières coeliotomies ont guéri absolument par première intention, la petite plaie laissée par le tube à drainage naturellement guérit par granulations, mais ne laisse échapper qu'une ou deux gouttes de lymphé.—Pour prévenir la septicémie il faut tenir la cavité du péritoine parfaitement nette, et s'il arrive qu'elle soit souillée, il faut la laver. La péritonite infectieuse que causent les quelques gouttes de pus provenant d'un abcès de l'ovaire est au nombre des accidents qui amènent le plus rapidement la mort. On a même recommandé de faire l'aspiration du pus accumulé dans les trompes ou dans les abcès ovariens afin de diminuer le risque de les rompre au moment où on les enlève, je crains peu cet accident, maintes fois il m'est arrivé de crever les abcès les plus infectés et d'inonder le péritoine de leur contenu, tout de même les malades guérissaient très bien. En pareil cas et pour peu que le péritoine ait été souillé une des précautions élémentaires et d'une nécessité absolue pour assurer le succès, est de laver la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie à une température de 110° à 105° f.

J'assistai autrefois un confrère dans une ville éloignée, il s'agissait d'enlever une matrice contenant un fibroïde en décomposition, c'était une opération facile. On se servit d'un tir-bouchon pour extirper l'organe malade mais la mollesse des tissus fit que l'instrument échappa, éparpillant parmi les intestins des parcelles de matière corrompue. Nous avions oublié l'irrigateur qui aurait versé dans l'abdomen une abondance de liquide sur lequel on aurait recueilli flottantes ces particules infectées; malgré tous les efforts que nous fîmes pour bien éponger quelques fines parcelles durent rester logées dans les replis sérieux, car la patiente mourut, au bout de trois jours, de péritonite infectieuse.

Une fois l'abdomen fermé, et le pansement fait comme je l'indiquerai plus bas il n'y a plus de danger d'infection à craindre. Le sort de la patiente est scellé du moment que l'incision est suturée. Même dans les cas où l'on emploie les tubes à drainage en observant les précautions ordinaires, l'infection n'est pas sujet à survenir. Je fais usage de tubes très longs et très étroits munis de perforations très petites afin que les intestins n'aillent pas s'y intro-

duire ; cet accident m'est arrivé et dans un cas où les perforations étaient trop grandes il en résulta une petite fistule. C'est au moyen de ce tube que l'on fait la jonction avec une seringue à bout munie d'un long embout en caoutchouc.

On doit plusieurs fois par jour et délicatement tourner à demi le tube à drainage.

L'espèce de suture à employer me paraît avoir beaucoup d'influence sur le succès ultime de l'opération. Un grand nombre pensent que le crin de Florence est seul convenable dans cette circonstance, car je le démontrerai dans la suite, les sutures abdominales doivent rester un mois en position, le crin de Florence est aussi net et aussi fort au bout de cette période qu'au premier jour où on l'a employé. On doit recouvrir l'incision et les sutures d'une couche d'acide boracique d'un pouce d'épais, et elles doivent rester ainsi recouvertes pendant un mois à moins que les liquides rejetés par le tube ne souillent ce premier pansement ; il faudrait alors enlever la poudre humide et en mettre d'autre.

Parmi les arguments émis contre le traitement extra péritonéal du tronc dans les hystérectomies, il est souvent question de la septicémie, comme étant un grand danger. La chose me paraît absurde, car après avoir recouvert le tronc et l'incision abdominale d'une épaisse couche d'acide boracique sec, après avoir soigneusement suturé le péritoine, il est impossible qu'il soit infecté par cette voie ; de plus, quiconque a réouvert l'abdomen après une coeliotomie, soit que les surfaces péritonéales s'agglutinent dans l'espace de quelques heures et même de quelques minutes après l'opération, autant que je puis en juger par le peu d'expérience que j'en ai, je n'ai jamais eu de cas de mortalité dû à la septicémie.

(*A suivre.*)

Hydrocéphale avec présentation du siège.—Quel procédé de craniotomie doit-on employer ?

par J. B. A. LAMARCHE, M.D.

professeur d'obstétrique à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal.

Le 20 décembre dernier, à 2 heures a. m., je suis appelé en consultation par un confrère pour Madame N. C. Il s'agissait d'un cas de dystocie. La parturiente est âgée de 28 ans, mariée depuis huit ans, a eu quatre accouchements à terme et normaux, pas de fausse couche ; elle est d'un tempérament lymphatique, mais forte et bien développée. Les hanches sont larges et les diamètres du bassin normaux, comme le prouvent, du reste, ses couches antérieures. Le travail commence mercredi soir, à 8 heures, présentation en s. i. g., tout procède régulièrement et à minuit et demi le tronc était expulsé. Mais là survint la difficulté : le temps, les

tractions méthodiques, les tractions sur la mâchoire, rien ne pût dégager la tête; on essaya à plusieurs reprises d'appliquer le forceps, mais sans résultat. Un examen bien attentif convainquit le médecin qu'il avait affaire à un cas d'hydrocéphale beaucoup trop considérable pour être justiciable du forceps.

Je fus appelé vers deux heures et trouvai la malade dans l'état que je viens de décrire, très alarmée, mais fort bien, du reste.

Je n'eus qu'à confirmer le diagnostic et à constater la mort du fœtus.

Quand l'hydrocéphale se présente par le vertex, les choses vont d'elles-mêmes; on a de suite sous la main une suture ou une fontanelle pour y introduire le ciseau de Smellie ou autre perforateur; mais dans la présentation du siège, le diagnostic et le manuel opératoire ne sont pas aussi faciles, les épaules du fœtus sont appliquées sur les parties maternelles et gênent considérablement la manœuvre.

Nous avons à choisir de trois méthodes: la décollation, la méthode de Huevel-Farnier et la perforation, nous choisîmes cette dernière.

Le tronc du fœtus attiré bien en bas et à gauche, je perforai le milieu de la voûte palatine avec le ciseau de Smellie que je poussai aussi loin que possible dans la boîte crânienne; un flot de liquide s'écoula et l'expulsion de la tête se fit avec la plus grande facilité.

Les suites de couches n'eurent rien d'anormal, sauf le surlendemain une augmentation subite de température et du ballonnement du ventre qui firent craindre la péritonite mais qui cédèrent en moins de 24 heures à un traitement approprié.

Voici un cas qui n'a rien d'absolument extraordinaire, mais qui fournit l'occasion de se poser certaines questions qui ont bien leur importance.

D'abord, je ne suis pas le premier à dire que l'hydrocéphale, dans la présentation du siège, n'est pas toujours aussi facile à diagnostiquer d'emblée que beaucoup d'auteurs le laissent à entendre. Quand on a fait des tractions et des tentatives d'application de forceps prolongées et répétées, le diagnostic se suggère et il devient plus facile de l'établir, mais alors il est tardif quoiqu'encore bien opportun.

Quant à la méthode opératoire, quoique les trois que j'ai mentionnées donnent un résultat identique, il y a lieu de faire entre elles une distinction, (remarquez que je ne parle ici que de l'hydrocéphale avec présentation du siège). La décollation ou décapsulation qui laisse écouler le liquide ou permet de le faire écouler par l'introduction d'un cathéter élastique, est une opération détestable, surtout en pratique privée. Ce petit être guillotiné offre un spectacle terrible pour les personnes présentes et surtout pour les intéressées, et puis, cette tête séparée du tronc il la faut extraire, ce qui est encore une complication.

Les deux autres méthodes sont plus humaines et tout aussi scientifiques. La perforation se fait en introduisant dans le crâne le ciseau de Smellie, le perforateur du foyers Dubois ou tout autre instrument *ad hoc* à travers la voûte du palais. Ici pas de mutilation, pas d'intervention armée apparente qui choque l'œil et qui laisse au médecin un caractère odieux dans l'esprit des personnes sensibles et nullement au courant des tristes nécessités de notre art. Sans compter que les difficultés sont moindres.

La méthode Huetel-Farnier consiste à faire une incision à la partie la plus haute du rachis et à ouvrir les lames des vertèbres sur une étendue suffisante pour laisser ou faire écouler le liquide; comme on le voit, la lacération nécessitée par cette méthode est peu considérable et peu apparente, et on y trouve l'avantage d'un manuel opératoire plus facile que par les deux autres méthodes.

Appendicite sub-aigue; traitement médical; guérison;

par Emmanuel P. BENOIT, M. D.

St-Albert. T. N. O.

Observation: Henri L., 24 ans, alsacien.

Décembre, 16.—Malade depuis neuf jours. Dès le début, douleur fixe dans le bas du ventre, surtout du côté droit. Il y a trois ou quatre jours, la douleur augmente, la constipation s'établit.—Ventre ballonné, résistant, très sensible, surtout du côté droit. Légère tumeur excessivement sensible vis-à-vis l'appendice vermiforme. Pouls, 19 (au quart de minute), régulier, un peu faible. Température normale. Une ligne droite tirée de l'épine iliaque antérieure et supérieure au nombril; prendre au milieu, descendre un travers de doigt; là est le point très douloureux et la tumeur (signe de McBurney).

A déjà souffert deux fois de la même maladie.

Traitement: Lavement savonné. Flanelle trempée dans l'eau chaude et la térébenthine sur le ventre. $\frac{1}{2}$ gr. morphine.

La nuit est assez calme. Les douleurs reprennent vers 4 heures du matin: ce sont des brassements dans le petit intestin.

Déc., 17.—Glace dans une vessie en permanence sur l'abdomen.

Opium, $\frac{1}{2}$ gr. *ter die*. Au matin, lavement riciné, selle très légère. Après-midi, injection sous-cutanée de 17!0 g. podophyl-line. Efforts de défécation, mais pas d'effet. Vomissements bilieux. Le soir, lavement à l'eau chaude, 2 gouttes huile de croton. Plusieurs efforts, une selle légère. Depuis le matin, le pouls s'est amélioré, plus plein. La douleur est moindre, mais le malade sent toujours du brassement dans le ventre, et celui-ci est toujours ballonné et dur.

Déc., 18.—8 a. m. Le malade a eu plusieurs selles cette nuit,

peu copieuses, mais qui ont soulagé beaucoup. Le ventre est moins ballonné, la douleur est nulle du côté gauche, moins prononcée du côté droit. On peut palper le point de McBurney sans résistance de la part du malade. L'endroit où la douleur est le plus sensible est sur le rebord du foie. Lavement à l'eau chaude. Opium, $\frac{1}{2}$ gr. *ter die*. Glace. Pouls 96. Selles durant l'avant-midi.—12 a. m. Pouls faible. Brandy.—8 p. m. Pouls faible, petit. 102.8°. Selles douloureuses. Vomis son café. Facies déprimé. Injection sous-cutanée. Opium, 1 gr.

Déc., 19.—Légère selle ce matin. A dormi assez bien durant la nuit (opium), Pouls 92, plus plein qu'hier. Température 99.8°. Prendra du brandy.—8 p. m. Pouls 92, régulier et petit. Température 101°. Peu de douleurs. Abattement.

Déc., 20.—8 a. m. Pouls 92; température, 100°. Pouls irrégulier et petit. Ventre dur, plein. Pas de selles. Se sent mal. 9 a. m. Selle abondante. Pouls régulier et plus plein.—8 p. m. Pouls 92, assez plein, régulier. Température 101°.

Déc., 21.—10 a. m. Pouls 80, régulier, peu fort. Température, 99.2°. La tympanite a cessé. Facies ranimé. Presque plus de douleurs à l'abdomen. La jambe droite est très douloureuse au genou et à la cheville. C'est depuis hier soir. La jambe gauche faisait un peu mal, hier, mais pas aujourd'hui. Pas de glace durant la nuit précédente. Pas d'opium hier soir ni ce matin.—7 p. m. Pouls bon. Température 100.5°. Plusieurs selles durant le jour, aisées, sans douleur. Vers le soir seulement, un peu de douleur dans la fosse droite. Traitement alcalin de Fuller.

Déc., 22 —10 a. m. Pouls 84, régulier, suffisamment plein. Température, 99.2°. Un peu de douleurs intestinales durant la nuit. Les selles deviennent toujours faciles. Il y a toujours, dans la fosse iliaque droite, un point douloureux à la pression, mais beaucoup moins (il semble que ce point est plus rapproché du ligament de Poupert). La douleur au genou et au pied est bien diminuée. Traitement alcalin de Fuller.—8 p. m. Température, 100°. Pouls régulier, plus fort. Plus de douleurs, ni au ventre, ni aux jointures; celles-ci sont raides, seulement Borborygmes.

Déc., 23.—12 a. m. Pouls 88, régulier, plein, un peu bondissant. Température, 99.8°. Douleur depuis le matin dans la jambe gauche. Cette douleur se passe dans la soirée.

Déc., 24.—9 a. m. Température 99.5°. Pouls 80, plein, régulier. Il n'y a plus qu'un peu de douleur dans la fosse iliaque droite, lorsqu'on presse fortement. Le malade est dispos, mange avec appétit.—12 a. m. Température, 100°. Plus de douleur aux jambes, si ce n'est quand le malade tente un mouvement.—8.30 p. m. Température, 99.5°. Les selles un peu difficiles; purge demain matin.

Déc., 26.—9 a. m. Température normale. Pouls régulier. Selles faciles. Plus de rhumatisme. Douleur sourde à pression forte ou effort de défécation. Quelquefois de soi-même. Ne saurait se cou-

cher sur le côté gauche, car alors il sent du malaise au côté droit. Vers le soir, le malade se lève. Il quitte l'hôpital le 8 janvier, complètement rétabli.

L'automne dernier, la révérende sœur Stubinger, après avoir parcouru toute la région du Mackenzie, fut retenue quelques jours à St Albert par les glaces de la Saskatchewan. Un jour que nous causions avec cette femme charmante, elle nous dit : " Il y a une chose que je trouve horrible, chez vous, médecins. Plus un patient est gravement malade, plus vous semblez contents. On vous voit vous frotter les mains et dire d'un air joyeux : " C'est un beau cas ! C'est un beau cas ! " Sœur Stubinger ne lira certainement pas notre article. Nous dirons donc, sans crainte d'être raillé, que lorsque Henri L. se fut présenté à nous, et que nous eûmes posé le diagnostic : appendicite, nous éprouvâmes un très grand plaisir. Ah ! mon Dieu, oui ! Nous savions que la maladie n'était bien définie que depuis quelques années ; que certains esprits étaient même d'opinions différentes sur cette question ; que, surtout, on était tenté d'en faire une maladie *chirurgicale*, alors que d'autres prétendent que les soins médicaux sont seuls justifiés au début, et qu'ils suffisent souvent à amener la guérison. Et voilà qu'un cas authentique, bien caractéristique, se présentait à nous.

Il est important de bien poser le diagnostic, car l'appendice appartient au cæcum, et le traitement varie suivant que l'un ou l'autre est enflammé. Il est vrai que l'un peut-être enflammé à la suite de l'autre, comme la chose est probablement arrivée dans le présent cas. Nous croyons que ce qui révèle avec certitude l'appendicite, c'est le signe de McBurney (Osler, p. 410). La typhlite donne dans la fosse iliaque, plus à droite, une tumeur dure, allongée, en forme de boudin, et la douleur provoquée par la pression est beaucoup plus sourde. Dans l'appendicite, outre la localisation spéciale, la douleur est exquise, comme disent les cliniciens ; l'effet produit est le même que si l'on pressait sur un abcès prêt à s'ouvrir, le signe doit avoir une grande importance. Puis il y a l'âge du sujet suivant l'école française, la typhlite est l'apanage des vieux monsieurs obèses et sédentaires ; l'appendicite survient chez les jeunes gens, de 10 à 25 ans. Les femmes auraient très rarement cette maladie.

La cause la plus ordinaire de la typhlite ; et par suite de l'appendicite, c'est la constipation habituelle. Et ceci se comprend bien si l'on veut se rappeler que l'intestin grêle, dans ses nombreux replis, se dirige, dans l'abdomen, de droite à gauche et de gauche à droite, mais qu'il est horizontal, et que, horizontalement toujours, il vient se jeter dans le cæcum, qui, lui, est la base d'une colonne verticale qu'on appelle colon ascendant. Là est la clef du mécanisme. De plus, la valvule iléo cæcale n'occupe pas le fond du cæcum, mais le haut ; elle le sépare d'avec le colon

ascendant. En d'autres termes, le cæcum est un cul de sac. Alors, ce n'est pas étonnant que les matières fécales aient une tendance à y séjourner, surtout chez un individu qui ne vide pas ses intestins régulièrement. Ces matières, rendues au rectum, y provoquent le besoin de défécation. Si ce besoin n'est pas satisfait, forcés leur est de remonter dans l'S iliaque, et d'y séjourner plus ou moins longtemps, quelquefois plusieurs jours. Pendant ce temps, l'intestin grêle, continuant son œuvre d'assimilation, verse toujours les matières non assimilables dans le gros intestin. Celui-ci se remplit, se dilate, devient à la longue parésique. Les endroits les plus exposés, le rectum, le cæcum, se congestionnent, s'enflamment aisément; le malade a des hémorroïdes, des accès de typhlite. Il ressent, pendant quelques jours, des douleurs dans la région cæcale, surtout après un repas copieux, une fatigue, une longue marche, des coliques surviennent, qui se généralisent bientôt; le ventre se gonfle, la constipation devient absolue. Après avoir constaté la tumeur en boudin, on donne des lavements, des purgatifs surtout, on applique quelquefois des ventouses et des sangsues, et cela ne dure pas longtemps. C'est une typhlite stercorale, simplement; l'organisme n'est pas profondément touché.

Pour qu'il y ait appendicite, il faut qu'un corps étranger pénètre dans l'appendice, alors, ce n'est plus la même chose. Il a pu y avoir de légers prodromes, mais la douleur est subite, brutale, extrêmement vive. Si le corps étranger, un calcul stercoral, par exemple, est rejeté après un temps plus ou moins long, ce n'est qu'une simple colique appendiculaire, dont la pathogénie est la même que la colique hépatique. Mais s'il demeure, la suite s'appelle alors péritonite, phlegmon, etc; c'est-à-dire l'appendicite et ses différentes phases. Il faut avouer aussi que cet appendice, qui sert, le bon Dieu sait à quoi s'en tenir, est assez bien situé pour recevoir, des calculs, puisqu'il s'ouvre dans la paroi postérieure du cæcum, vers le milieu. Et la valvule de Gerlach n'est pas infranchissable lorsque cette paroi est distendue. Chez quelques sujets, il y a prédisposition, par suite des dimensions anormales de l'appendice qui ne sont pas partagées par la valvule. Mais, comme le fait remarquer un auteur, cette disposition ne doit pas trop inquiéter, puisqu'elle permet en même temps le retrait plus facile des matières engagées (Traité de méd., III, p. 475), ce qui est la guérison naturelle de l'appendicite.

Le pronostic est assombri par la présence du péritoine. Voilà une sereuse qui aura donné du fil à retordre à nombre d'étudiants. Nous nous rappellerons toujours l'admirable description qu'en donnait M. le Prof. Lamarche dans son cours d'anatomie de 89-90 "Imaginez un long sac sans ouverture, dont une moitié serait refoulée dans l'autre, comme une *tuque* canadienne. La moitié supérieure, le dessus, est appliquée tout le long de la paroi anté-

rière de l'abdomen ; la partie intérieure, le dedans, recouvre ou enveloppe tous les organes abdominaux, et les maintient chacun à leur place respective sur la paroi postérieure de l'abdomen. De sorte que s'il était possible de décoller cette membrane sans l'abîmer, on pourrait la saisir par un point, à l'ombilic, par exemple, et l'attirer entièrement à soi ; tous les organes resteraient dans le ventre." Plus l'on examine les détails anatomiques, plus l'on trouve que cette description pittoresque est vraie. Or, jusqu'en ces dernières années, l'on croyait que le péritoine recouvrait seulement la partie antérieure du cæcum et de l'appendice et les appliquait sur la paroi postéro-latérale de la fosse iliaque. Fort, dans l'édition de 1887, est encore de cet avis là. Or, il est prouvé, depuis 1888, que l'appendice et le cæcum sont complètement entourés par le péritoine, et qu'en aucun point ils ne sont en contact avec le tissu adipeux de la fosse iliaque droite (Traité de méd., III, p. 473). Voilà pourquoi l'inflammation de ces organes amène si facilement celle du péritoine. Voilà pourquoi encore l'on préconise l'intervention chirurgicale hâtive, puisque l'on admet, en France, que le meilleur traitement de la péritonite, c'est la laparatomie.

Donc, à cause du péritoine, une typhlite peut devenir une péri-typhlite, ce qui n'est, du moins au début, qu'une péritonite localisée sans danger extrême. Dans l'appendicite, le grand danger est la formation d'un abcès, lequel peut s'ouvrir entre les deux plis de la *togue*, c'est-à-dire dans la cavité péritonéale. Si, auparavant, l'inflammation a déterminé une péritonite adhésive, qui limite et enkyste l'abcès, la vie du malade n'est pas en danger. Autrement, gare la péritonite généralisée qu'amène la perforation. Il est donc convenu, lorsque les frissons et la température irrégulière indique le pus, que l'on doit songer à l'intervention chirurgicale. Mais quand on n'a qu'un an de pratique, et peu d'instruments à sa disposition, on y songe à deux fois. La laparatomie est chose grave. Certes, nous y avons songé, surtout les 19 et 20 décembre ; mais quelque signe favorable nous faisait toujours ajourner la consultation, et notre conduite à la fin s'est trouvée justifiée.

En lisant l'observation, l'on aura remarqué que les symptômes caractéristiques de l'appendicite y sont bien : tuméfaction, douleur, constipation et vomissements. Pas moyen de confondre avec une occlusion, à cause du point de McBurney. De plus, l'âge et les antécédents du malade, sont tout à fait classiques. Si l'on veut prêter une attention spéciale à la marche de la température, l'on restera persuadé que le malade a fait du pus, malgré que les frissons ne soient pas signalés. La température, le 18 au soir, est de 102.8°, et ne devient nominale que huit jours plus tard. Le pouls et le facies, les 18, 19 et 20, indiquent aussi une grande perturbation. Et cette aggravation survient après le mieux du 18 au matin, et malgré les selles. Nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une

péritonite générale; il y a probablement eu un abcès qui s'est vidé dans l'intestin, car l'état général s'améliora après la crise du 20 au matin. Si la température ne redevient pas normale, c'est qu'un autre facteur reste en scène; le rhumatisme articulaire. A partir du 21 décembre, l'opium et la glace sont abandonnés et le malade suit le traitement alcalin de Fuller. Il faut dire que les jointures n'étaient ni rouges, ni tuméfiées; mais le toucher provoquait à tout coup un cri de douleur, et ceci, avec la fièvre et le succès du traitement alcalin nous semble justifier le diagnostic. Car remarquez que, pendant cette fièvre, du 21 au 26 décembre, le ventre et le facies s'améliorent constamment. Il ne saurait être question de l'intestin.

Le rhumatisme articulaire comme complication de l'appendicite, voilà du nouveau. Nous connaissons la théorie de l'étiologie microbienne du rhumatisme; nous avons lu un chapitre fort intéressant sur les associations microbiennes (Traité de méd., t I, p. 157), et entendu parler de la sympathie qui existe entre divers parties du corps munies d'un même tissu; séreuse péritonéale et séreuse du genou, par exemple. Mais Dieu nous préserve de tenter une explication dans le cas présent. Notre but, en écrivant cette courte étude sur l'appendicite, était le profit personnel que nous en retirions d'abord. C'était, ensuite, de prouver, à l'aide d'un cas de notre pratique, que l'on peut être très malade d'une appendicite et en réchapper sans intervention chirurgicale.

La constipation habituelle a donc bien des choses à son crédit. Il faut bien se rappeler seulement qu'elle n'est pas la seule cause de l'appendicite. La diarrhée chronique, en liquéfiant les matières fécales, leur permet d'entrer dans l'appendice, où elles se concrétent et déterminent l'inflammation. On cite même des cas où l'on a trouvé des ascarides. Ce qui est moins rare d'y rencontrer, ce sont les noyaux, pepins, etc., des fruits mangés en entier. Nous avons connu une jeune fille dont la sœur, fiancée la veille, est morte en 48 heures après avoir mangé une orange: on retrouva un des pepins dans l'appendice. Il ne survient pas toujours ainsi une appendicite aiguë perforante. Mais combien de personnes, après un repas ou une marche ont des coliques appendiculaires dont elles ne s'expliquent pas la cause. Les dyspeptiques sont sujets à ces choses, à cause des aliments mal digérés. Donc, suivons les conseils des hygiénistes. Mangeons lentement, ne mangeons autant que possible que des choses assimilables, et vidons bien nos intestins. Nous éviterons ainsi un tas de désagréments.

St-Albert, T. O. O., 11 janvier 1894.

Un médecin qui ne se double pas d'un psychologue est un médecin incomplet.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Les néphrites syphilitiques précoces.—Clinique de M. le professeur Jaccoud, à l'hôpital de la Pitié.—Le malade dont je vais vous parler aujourd'hui est un jeune homme de 26 ans, entré salle Janner, le 9 octobre. Au moment de son arrivée à l'hôpital, les jambes étaient enflées, l'œdème s'étendait au scrotum et aux parois abdominales, et il y avait un peu de bouffissure des paupières.

Enfin, le malade se plaignait de douleurs lombaires, avait de la céphalalgie, l'urine renfermait de grandes quantités d'albumine et probablement du sang, tout conduisait ainsi à porter le diagnostic de néphrite à albumine.

L'interrogatoire nous apprenait, en outre, que ces symptômes avaient débuté quelques semaines auparavant, vers la fin d'août; il y avait même eu tout d'abord une fièvre assez forte. Il était donc certain qu'il s'agissait d'une albuminurie liée à une néphrite récente et ayant eu une marche aiguë ou au moins subaiguë.

L'examen chimique et microscopique de l'urine amena à préciser le diagnostic et à admettre une glomérulo-néphrite. On n'a pas trouvé de cylindres dans l'urine; mais cela tient à ce que leur recherche a été faite un peu tardivement et ils ont dû exister au début.

La quantité d'urine rendue était faible au moment de l'entrée et pendant les premiers temps du séjour à l'hôpital. Il y eut même d'abord une ébauche de dyspnée urémique. Le chiffre de l'albumine s'est élevé à 6 grammes par litre et, lorsque la quantité de l'urine remonta à 1600 ou 1800 cc. sous l'influence du traitement, il y en avait encore de 9 à 10 grammes par 24 heures, chiffre considérable; du reste, la présence du sang nous expliquait en partie l'abondance de cette albuminurie.

Pouvait-on s'en tenir au diagnostic de glomérulo-néphrite et instituer de suite le traitement? Certainement non. J'ai presque de l'hésitation à le répéter, tellement cela semble banal au premier abord: quand on a pris le diagnostic nosologique, on n'est pas au bout. Il faut faire le diagnostic étiologique. Or, ce diagnostic, dans le cas de notre malade, a une extrême importance. Si l'on s'en tenait à la notion glomérulo-néphrite, on prescrirait le

régime lacté comme tout traitement, et on risquerait de ne faire que peu de bien au malade.

Nous devons, dans chaque cas de néphrite, passer en revue toutes les causes de cette maladie et faire subir au malade un interrogatoire minutieux.

Lorsque l'on recherche les conditions qui ont pu, chez notre malade, provoquer le développement d'une néphrite, on peut être conduit tout d'abord à croire qu'il s'agit d'une néphrite *a frigore*, car le jeune homme raconte que, peu de temps avant l'apparition des premiers symptômes de sa maladie, il a bu, étant en sueur, une grande quantité d'eau glacée.

Mais ce n'est pas seulement par l'interrogatoire qu'il faut procéder pour établir le diagnostic étiologique, il faut aussi se préoccuper des associations symptomatiques. En étudiant à ce point de vue notre malade, nous n'avons rien trouvé du côté des viscères, mais nous avons vu que la peau était couverte d'une éruption papuleuse cuivrée absolument caractéristique et permettant d'affirmer l'existence de la syphilis. De plus, il y avait des plaques musqueuses occupant le pourtour de l'anus. D'après le dire du jeune homme, le chancre remontait au 15 juin et les premiers accidents secondaires s'étaient montrés vers le 26 ou le 30 juillet.

Quelle relation établir entre cette syphilis récente et la glomérulonéphrite qui s'est montrée dans son troisième mois ?

Il y a quelques années, on aurait cru commettre une hérésie en rattachant une néphrite à une syphilis aussi peu avancée dans son évolution. Actuellement, on sait que la vérole peut frapper le rein à toutes ses périodes et que, de même qu'il y a une syphilis rénale tardive, il y a une syphilis rénale précoce. C'est moi qui, le premier, en 1864, ai décrit la syphilis rénale précoce, et, depuis cette époque, je n'en ai observé que deux exemples. Mais un grand nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet intéressant et nous allons rapidement les passer en revue.

Je peux vous citer : en 1880, une observation de Burkmanu ; en 1881, un mémoire de Wagner ; en 1882, les thèses de Negel et Cohadon ; en 1883, une observation de Dreyfus-Brisac. Viennent ensuite mes leçons, publiées en 1885 ; le mémoire de Casarini, qui est de 1887 ; les observations de Muller, Schuchter ; les monographies de Tommasoli, Andronico, Bonkheieff, Prendergost. Tous les auteurs sont d'accord, maintenant, pour admettre l'existence de la syphilis rénale précoce, dont il faut se préoccuper quand on examine un syphilitique. Cette néphrite n'est pas absolument rare ; cependant, elle est beaucoup moins fréquente que la tardive et plus rare que l'une quelconque des manifestations de la syphilis secondaire.

Cela conduit à se demander si, indépendamment de la syphilis, cause prédominante par son caractère infectieux, il n'y a pas quelque autre considération étiologique fixant la syphilis sur le

rein dans les cas de néphropathie précoce. En effet, si le rein était frappé par la seule syphilis, il est évident que cette détermination prématurée de l'infection serait plus fréquente qu'elle ne l'est réellement. Cette recherche d'une étiologie complexe ne doit jamais être négligée et il faut bien se garder de croire que la cause d'une affection soit toujours unique.

Ce sont surtout les auteurs italiens que je vous ai cités plus haut qui se sont efforcés de rechercher, dans leurs observations, les conditions auxiliaires favorisant la fixation de la syphilis sur le rein, en augmentant la vulnérabilité de cet organe. Ces conditions sont assez nombreuses: on peut citer le refroidissement qui a agi chez notre malade, l'alcoolisme, les manifestations scrofuleuses de l'enfance, toutes les maladies aiguës susceptibles d'agir sur le rein, le traumatisme même.

Notre cas actuel est le plus précoce qui soit connu et le plus ordinairement la manifestation rénale ne se montre que le 3e, le 4e, le 8e mois.

Très souvent, la néphrite précoce est méconnue, cela tient à ce que, dans beaucoup de cas, elle ne se manifeste par aucun des symptômes bruyants sur lesquels nous avons insisté. Tout peut se borner à la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine. D'autres fois, les modifications de l'urine sont plus accentuées et la présence des cylindres, etc., indique l'existence de la glomérulo-néphrite. Enfin, dans les cas les plus rares, on a tout l'ensemble symptomatique de la néphrite aiguë ou subaiguë, sur laquelle je n'ai pas à revenir. Cet ensemble symptomatique peut même être plus complet que chez notre malade, et j'ai vu se produire, dans un cas, un œdème pulmonaire qui a failli devenir mortel. Dans cette dernière forme, la syphilis est parfois méconnue, car le malade peut être pris d'accidents très graves de néphrites en moins de quarante huit heures et l'attention se concentre sur le rein.

— *Union médicale.*

Traitement de la cirrhose hypertrophique du foie. — LIEBRECH, dans un récent travail qu'il analyse la *Revue intern. de thérap. et de pharm.*, formule ainsi le traitement qu'il applique à la cirrhose hypertrophique. Il insiste tout d'abord sur l'importance et l'efficacité du calomel. On sait d'ailleurs que cette médication a donné de remarquables résultats en France, associée au régime lacté, dans le traitement de la cirrhose atrophique.

∓ Liebrech formule donc tout d'abord :

Calomel.....	10 centigrammes.
Digitale.....	10 —

A enrober dans une capsule gélatineuse. Prendre trois capsules par jour.

Après la sixième capsule, on interrompt la médication, pour la reprendre ensuite.

Dans la forme biliaire (ictère intense), M. Liebrech prescrit des grands lavements d'huile (1 litre), additionnée d'eau de savon, ou des lavements de salicylate de soufre (1 à 2 gr. pour 500 d'eau). Autant que possible ces lavements devront être répétés chaque jour. Avec cela, massage du foie; emploi des purgatifs réputés cholagogues (calomel, podophyllin). Diète appropriée, bains chauds (massage dans le bain), cures à une station alcaline.—*Médecine moderne.*

L'albuminurie dans le diabète.—Cette question, très intéressante au point de vue pratique, a été très diversement résolue suivant les auteurs. M. le docteur SALLES, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient de l'étudier sous toutes ses faces dans un travail très complet qui montre comment elle doit être envisagée dans l'état actuel de la science.

Dans une première phase, l'albuminurie venant compliquer le diabète a été considérée comme un signe pronostique très favorable, indiquant la rétrocession et peut-être la guérison complète du diabète. Mais cette opinion ne persista pas fort longtemps.

Dans une seconde phase, au contraire, on l'a considérée comme une complication très grave, et mettant en danger presque immédiat, l'existence du diabétique, opinion qu'on a démontrée être fort exagérée. Aujourd'hui, si l'on sait que l'opinion des optimistes doit être rejetée absolument, on a reconnu aussi que celle des pessimistes à outrance ne comprenait qu'une part de la vérité. Relativement bénigne dans la grande majorité des cas, l'albuminurie n'est réellement très grave que dans d'assez rares circonstances. Avec la plupart des auteurs modernes, M. le professeur Teissier enseigne depuis longtemps qu'il faut envisager la question sous ce jour là. M. Sallès cite, de son côté, un grand nombre de faits qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Toutefois, pour l'interprétation exacte de ces faits, il est nécessaire de les diviser en trois catégories. L'albuminurie coïncidant avec le diabète peut en effet se montrer sous trois aspects différents : albuminurie alternante, albuminurie concomitante et albuminurie substitutive.

Dans la première catégorie, l'albuminurie présente cette particularité d'alterner avec le diabète; c'est-à-dire qu'il y a une sorte de balancement entre l'élimination du sucre et celle de l'albumine. Or, dans aucun cas de ce genre, parmi ceux qui ont été observés, l'albuminurie n'a paru modifier l'état général dans le sens d'une aggravation quelconque. Jamais et à aucun moment, on n'a constaté de symptômes imputables à une lésion rénale franche. En somme, l'albuminurie alternante est sans influence aucune, et sur la marche du diabète, et sur son évolution. Des trois variétés, c'est elle qui a le pronostic le plus favorable. Il est à noter cependant qu'un certain nombre de cas de diabète avec albuminurie alternante, se sont terminés par le cancer, et cela dans une proportion très notable.

L'albuminurie est dite concomitante lorsque ce système se montre soit en même temps que le diabète, soit au cours de son évolution, peu importe qu'elle soit ou non continue, qu'elle soit d'origine dyscrasique ou rénale. Bien que son caractère le plus saillant soit son intermittence et souvent son peu d'abondance, il ne faut pas la confondre avec la forme alternante, qui, elle, se caractérise surtout par le fait qu'elle remplace, au moment de son apparition, l'élément constitutif du diabète et s'efface dès que ce dernier tend à reprendre le pas sur elle. C'est la forme la plus fréquente. Dans sa statistique, M. Teissier a trouvé, en effet, que l'albuminurie s'est montrée dans 64 p. 100 des cas. Or, sur ce chiffre, le diabète alternant est représenté par 20 p. 100, l'albuminurie concomitante pour 40 p. 100 et l'albuminurie substitutive pour 4 p. 100.

L'albuminurie concomitante est presque d'origine dyscrasique ; cependant, à la longue, elle évolue très souvent vers la néphrite, ce qui rend son pronostic plus sérieux.

Presque toujours, les sujets atteints de cette forme d'albuminurie sont des diabétiques gras ; leur état général est bon, ce qui fait que beaucoup de médecins négligent d'examiner les urines à ce point de vue.

Cette albuminurie est en général peu abondante ; elle est de plus ordinairement intermittente ; cependant, elle reparaît très facilement quand elle s'est montrée une fois et peut même devenir continue. Bien plus, elle peut être d'emblée permanente, sans acquérir pour cela un degré de gravité de plus. Même, dans ce cas, on ne doit pas penser à l'existence d'une néphrite s'il n'existe pas de cylindres dans l'urine et si l'examen du malade ne fait pas découvrir de signes fonctionnels ou physiques de cette affection.

L'albuminurie apporte peu ou pas de modifications dans les symptômes du diabète qui, malgré sa présence, continue son évolution normale. L'état général reste satisfaisant, et la glycosurie elle-même peut s'améliorer sous l'influence d'un traitement approprié. Quand le diabète cesse, l'albuminurie peut persister, elle peut même augmenter sans que les cylindres fassent leur apparition. Souvent elle s'arrête quelque temps après la glycosurie. En somme, elle est sans influence sur la santé générale et offre tous les caractères d'une affection concomitante plutôt que d'une complication.

La marche de cette albuminurie n'est cependant pas toujours assez bénigne : outre qu'elle paraît pouvoir favoriser certaines complications comme la cataracte, il peut arriver qu'elle évolue rapidement vers la néphrite ; la polyurie diminue plus ou moins les urines deviennent plus foncées, les cylindres se montrent d'une façon assez intermittente ; caractère important, dans cette albuminurie concomitante d'origine rénale, la glycose, quoique sujette à écarts, surtout au moment des poussées sur le rein, persiste en

quantité assez appréciable ; en un mot, il n'y a pas substitution mais bientôt tous les symptômes de la néphrite, y compris l'urémie, peuvent survenir.

L'albuminurie substitutive n'est le plus souvent qu'un des modes de terminaison de l'albuminurie concomitante. Mais sa caractéristique, c'est la diminution progressive et la disparition complète du sucre. Le fait s'explique assez facilement : un grand nombre de complications graves du diabète, telles que la phtisie pulmonaire, les phlegmons, la gangrène, etc., ont le fâcheux privilège de faire cesser du jour au lendemain l'élimination du sucre ou du moins de la restreindre beaucoup. C'est là une substitution morbide. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'une néphrite, parvenue à une phase avancée de son développement, puisse à un moment donné mettre le diabète à la porte. Les faits de ce genre sont nombreux : On voit l'urine devenir plus rare, l'urée diminuer, et la glycosurie disparaître progressivement ou du moins diminuer beaucoup. Pourtant, l'albuminurie substitutive peut durer assez longtemps. Dans certaines observations, c'est pendant plus de deux ans que le malade a survécu, présentant surtout des signes de brightisme, mais ayant encore dans son urine des quantités de sucre variables d'un moment à l'autre, mais toujours faibles. L'urémie peut tout naturellement être la cause de la mort ; cependant, phénomène bien digne de remarque, la mort est plutôt le fait d'une complication que celui du rein.

L'importance du phénomène albuminurie dans le diabète est donc très grande, car suivant la variété qui sera diagnostiquée, le pronostic variera beaucoup.

On peut dire que le pronostic de la variété alternante est essentiellement bénin. Celui de la variété concomitante est bénin également si l'on peut établir que l'albuminurie est d'origine dyscrasique et que les reins ne sont pas atteints. Au contraire, quand il existe des symptômes avérés de néphrite, le pronostic est grave ; rien, cependant, n'est désespéré, car on voit souvent les choses revenir à l'état normal, alors même que les poussées se répètent du côté du rein.

“La néphrite, a dit Lecorché, est toujours une complication sérieuse ; elle n'a cependant pas toujours la même importance. Je l'ai vu si souvent aller et venir sans aggraver le diabète, persister longtemps sans devenir très intense, que même en quantité notable, je ne m'en alarme pas trop.”

La substitution complète de l'albumine au sucre n'est jamais un symptôme de guérison comme le voulait Dupuytren. On peut, au contraire, affirmer que la mort est proche. Si le diabète est guéri, le diabétique est perdu (Lecorché).

En somme, conclut M. Sallès, l'albuminurie, même quand elle est la manifestation d'une néphrite, évolue en général comme une affection concomitante et pour son propre compte ; grave par elle-même, quand elle est d'origine rénale, elle n'aggrave pas le diabète.

Au point de vue du traitement, il faut, dans l'albuminurie alternante, le diriger surtout contre l'état constitutionnel, comme la goutte, car c'est surtout dans des cas de diabète gouteux qu'on l'observe.

Il en sera de même dans la forme concomitante sans lésion rénale. Ici, il faudra éviter tout ce qui peut concerner le rein. Donc, pro-cire le régime carné exclusif qui favorise la néphrite. Cette proscription s'étend à plus forte raison aux cas d'albuminurie concomitante avec néphrite ; celle-ci doit absorber toute l'attention du médecin, qui laissera alors de côté le régime antidiabétique.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

CHIRURGIE.

Le traitement des pieds bots ; par A. BROCA, chirurgien des hôpitaux de Paris.—Les déviations du pied qui constituent le pied bot se font dans quatre directions, souvent associées en des déformations complexes, qui sont : l'abaissement de l'avant-pied (équin), l'abaissement du talon avec élévation de la pointe (talus) la déviation en dedans (varus) ou en dehors (valgus). D'autre part les pieds bots se divisent en deux grandes classes : congénitaux et acquis.

1o **PIED BOT CONGÉNITAL.**—Le pied bot congénital est presque toujours *varus équin*, et c'est cette variété qui va nous servir de type.

Les obstacles au redressement sont : 1o les rétractions des muscles et tendons (les deux jambiers et surtout le triceps sural), de l'aponévrose plantaire et des ligaments articulaires plantaires internes ; 2o les déformations osseuses, celles de l'astragale surtout. Mais il faut savoir que chez l'enfant en bas âge les parties molles rétractées ne sont pas très résistantes, et que, d'autre part, les déformations osseuses ne prennent une importance réelle que lorsqu'elles ont été aggravées par la marche. Grâce à ces données, on instituera facilement un traitement efficace.

C'est dès la naissance qu'il faut commencer ce traitement, basé à cette période sur le redressement manuel, sur les manipulations ayant pour but d'assouplir le pied, de façonner les os encore cartilagineux. Prenant la région malléolaire et le talon d'une main, l'avant-pied de l'autre, on commence par corriger le varus ; puis, dans un second temps, l'équinisme. Quelquefois les premières séances exigent une force notable, s'accompagnent de quelques craquements. Il faut, pendant les premiers temps, que le chirurgien fasse lui-même au moins une séance tous les deux jours, et en outre il est indispensable que la mère ou la nourrice de l'enfant s'occupe à plusieurs reprises dans la journée de la difformité, re-

dressant le pied comme on lui aura montré à le faire, et le manipulant chaque fois pendant plusieurs minutes, en le tenant dans sa main en bonne attitude. Chez le nouveau-né, en effet, la peau très délicate supporte mal les pressions et c'est tout au plus si on peut employer comme appareils contentifs de petites gouttières en gutta percha, appliquées en moulant sur le pied redressé la lame de gutta ramollie dans l'eau chaude. Si ce traitement est bien suivi, la guérison sans opération est fréquente.

Lorsque le sujet est plus âgé, à partir de 3 à 4 mois, on essaiera encore le traitement par les manipulations, mais en sachant bien que ses échecs seront fréquents. Si la réduction est difficile à obtenir, on pourra faire pour commencer une ou deux séances de massage forcé sous le chloroforme. Mais mieux vaut recourir à la ténotomie du tendon d'Achille, à laquelle il faut quelquefois, mais exceptionnellement, associer celle des deux jambiers. On immobilise alors pour trois semaines à un mois dans un appareil plâtré le pied immédiatement redressé; il est tout à fait inutile d'attendre quelques jours avant de faire ce redressement. Mais lorsque le pied aura été remis en liberté, on se souviendra toujours qu'on n'obtiendra un bon résultat qu'à la condition d'entreprendre après cela avec une régularité parfaite le traitement par le massage: sans cela le résultat sera toujours nul chez les enfants en bas âge, incapables de supporter un soulier orthopédique, et presque toujours nul plus tard malgré le port d'un soulier orthopédique.

Ces souliers, dont l'emploi doit être prescrit—que l'on ait ou non fait la ténotomie—lorsque le sujet commence à marcher, sont de modèles très variés: les plus simples sont les meilleurs. Ils doivent avoir pour objectif de bien porter l'avant-pied en dehors, la plante étant bien à plat, et à cet effet le principal est de prendre appui sur une tige rigide externe fixée à angle droit sur une semelle. Cette semelle peut être articulée sur la tige ou présenter une autre articulation à la jonction de l'arrière-pied et de l'avant-pied, de façon à effectuer le redressement, à l'aide soit de vis et de crémaillères, soit de tractions élastiques. Le chirurgien fait fabriquer ou fabrique facilement lui-même, avec des bandes, du silicate et du plâtre, des appareils à traction élastique.

Lorsque le sujet a marché pendant plusieurs années et qu'il a atteint 5 ou 6 ans, souvent même plus tôt, les ténotomies deviennent presque toujours insuffisantes pour permettre le redressement et à la section du tendon d'Achille il faut associer des interventions plus complexes.

Le redressement forcé sous le chloroforme donne des résultats. On peut l'effectuer à la main, mais presque toujours l'emploi d'appareils spéciaux sera indispensable. Il s'agit, en somme, d'une véritable application de l'ostéoclasie au pied bot. Depuis que l'antisepsie rend innocentes les interventions sanglantes, nous croyons qu'en principe elles doivent être préférées.

L'opération dite de Phelps porte exclusivement sur les parties molles. Elle consiste à inciser largement le bord interne du pied dans l'angle de la flexion anormale en varus. On coupe ainsi l'aponévrose plantaire, les tendons des deux jambiers et on entre largement dans l'articulation astragale scaphoïdienne. Cela fait, en faisant bailler la plaie on corrige très aisément le varus: s'il y a de l'équinisme, on coupe le tendon d'Achille. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée ou salolée, puis le pied est immobilisé, en bonne attitude, dans un appareil plâtré qui restera en place de trois semaines à un mois. Pour obtenir la cicatrisation de la plaie par seconde intervention—et sans suppuration—il faut compter environ deux mois. Lorsqu'elle est effectuée, il faut pendant longtemps soumettre le pied à des séances de massage et de manipulations; il suffit d'une par semaine. Dans les premiers temps, le pied est remis entre les séances dans l'appareil plâtré, puis, lorsque la souplesse paraît suffisante, on permet la marche, avec un soulier spécial muni d'un solide contrefort externe.

Les opérations portant sur le squelette que l'on a imaginées et effectuées sont très nombreuses, mais on peut les ramener à un petit nombre de types, quitte à les modifier un peu suivant chaque cas particulier. Nous ne croyons pas devoir conseiller les ostéotomies pratiquées sur l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. En réalité, il faut s'attaquer directement au tarse, et en particulier à l'astragale. Il peut arriver, dans des cas où l'équinisme surtout est en cause, que d'obstacle qui résiste après la section du tendon d'Achille soit une sorte de cale osseuse située sur l'astragale en avant de la malléole interne qui vient butter contre elle. Si l'on constate cette lésion—ce qui en tout cas est facile par une incision exploratrice—il suffira de faire sauter cette cale d'un coup de ciseau pour obtenir la réduction. Mais pour le pied bot congénital avec enroulement prononcé en varus, cette intervention sera rarement suffisante, et on a le choix entre l'ablation de l'astragale et les tarsectomies cunéiformes. L'ablation de l'astragale est l'opération de choix, et après l'avoir achevée, sans ténotomies complémentaires, il est facile de voir si le redressement complet exige encore le sacrifice de parties osseuses plus ou moins étendues. Les tarsectomies cunéiformes consistent à réséquer sur le bord externe du pied un coin à base externe, portant sur le cuboïde (tarsectomie antérieure), ou sur le calcanéum et l'astragale (tarsectomie postérieure). Ces opérations se font toutes par une incision externe en L, descendant devant la malléole externe puis longeant le bord du pied; on aura comme plan opératoire, dans la plupart des cas, d'enlever l'astragale, et de compléter l'opération, suivant les besoins, par des réséctions cunéiformes. Le pied redressé est immobilisé dans un appareil; au bout de trois semaines à un mois on commencera à le mobiliser et à le masser et au bout de deux à trois mois la cure sera terminée, le malade marchant défi-

nitivement sur la plante du pied. L'avantage de ces opérations sur celle de Phelps est la moindre durée du traitement consécutif et l'inutilité de porter ultérieurement des chaussures spéciales. Le pied, il est vrai, est plus difforme. La solidité semble être la même dans les deux cas.

Les autres variétés de pied bot congénital sont exceptionnelles. On sera guidé par les mêmes principes que pour le varus équin. Pour le valgus, si l'on recourt à la ténotomie, ce sera à celle des péroniers; quelquefois cette difformité est liée à l'absence de la malléole externe, cas auquel l'arthrodèse est indiquée. S'il existe un pied *calus*, la ténotomie utile est celle des extenseurs.

2o PIED BOT ACQUIS.—Le traitement du pied bot acquis dépend avant tout de la cause de la difformité; toutes les fois que ce sera possible il faudra, si l'on n'a pu prévenir la déviation, s'adresser à cette cause.

a. S'il existe un *pied bot cicatriciel*, le traitement est celui des cicatrices vicieuses. il consiste à extirper le tissu morbide et à combler la brèche avec un lambeau autoplastique.

b. Le *pied bot consécutif aux arthrites* ne doit pas exister si pendant sa période d'activité l'arthrite causale a été bien traitée avec immobilisation du pied à angle droit; lorsqu'il est constitué, on fera le redressement sous le chloroforme, et au besoin l'extirpation de l'astigle.

c. Les déviations, en valgus surtout, qui dépendent d'une *fracture du péroné* vicieusement consolidée, d'une *déviatio rachitique* des os de la jambe, d'un *genou valgum*, seront facilement guéries lorsque, par une ostéotomie convenable (malléole externe, tibia, sus-condylienne) on aura fait disparaître la difformité initiale.

d. Les pieds bots acquis les plus fréquents sont ceux où la difformité est de *cause musculaire*, et là il y en a deux variétés, par contracture et par paralysie.

Quelquefois la contracture sera hystérique, ce dont on se rendra compte par l'examen général de l'enfant, par l'examen local sous le chloroforme; dans ce cas il va sans dire que le traitement opératoire est nul; sauf si la déviation est ancienne, car il peut se produire à la longue des rétractions musculo-tendineuses justiciables de la ténotomie. Les pieds bots par contracture, dus à une myosite ou à une sclérose cérébrale infantile, sont pendant longtemps faciles à redresser après ténotomie, mais la récurrence est fréquente, si l'on ne fait porter constamment des appareils à traction élastique. L'arthrodèse (voyez ce mot) trouvera donc là quelques indications, rares il est vrai.

Le pied bot acquis de beaucoup le plus fréquent est le *pied bot paralytique*, consécutif à la paralysie infantile. Lorsque, malgré le traitement médical, par l'électricité surtout, la lésion musculaire et la difformité du pied qu'en résulte sont définitivement constituées, le traitement devient d'ordre exclusivement orthopédique et

chirurgical. En règle générale, le pied bot paralytique est flasque; à la longue, pourtant, il se produit des rétractions fibre tendineuses et même des déformations osseuses s'opposant à la réduction manuelle.

Si le pied bot est réductible, toute ténotomie est irrationnelle. On peut rétablir la fonction par l'usage d'appareils spéciaux à tractions élastiques, les liens élastiques étant disposés de façon à suppléer les muscles dont on a constaté l'insuffisance. Mais il est bien préférable d'agir opératoirement de façon à se passer d'appareils. Ici la difficulté est surtout de fixer le pied en bonne attitude.

Pour le pied talus, par atrophie du triceps sural, on a conseillé de raccourcir opératoirement, par l'excision et la suture, le tendon d'Achille: il semble difficile que l'on n'ait pas à craindre l'élongation consécutive de la cicatrice. D'autres chirurgiens ont eu recours, après ténotomie à ciel ouvert, à l'union par suture du bout central des péroniers au bout périphérique du tendon d'Achille. Nous ne croyons pas que les opérations de ce genre aient un grand avenir et nous pensons que pour le pied bot paralytique réductible, l'intervention de choix est l'arthrodèse portant à la fois sur la tibio tarsienne et sur la médio-tarsienne. L'abrasion des cartilages se fait facilement à la curette, par une incision externe en L.

Si le pied n'est pas réductible, on commence par pratiquer la section des muscles qu'à l'examen sous le chloroforme on trouve rétractés. Cela fait si la réduction est devenue possible, on pratique l'arthrodèse, comme il vient d'être dit. Si elle est restée impossible, c'est qu'il y a des déformations osseuses telles qu'il faut s'attaquer au squelette de la même manière que pour le pied bot congénital.—*France médicale.*

A propos du traitement de l'occlusion intestinale aigüe.—Le traitement de l'*occlusion intestinale aigüe* devient de plus en plus chirurgical. La temporisation néfaste dans le plus grand nombre des cas tend à faire place à la laparotomie hâtive et une fois les siphonages par le rectum, le lavage de l'estomac et les lavements électriques tentés, mais en vain, la seule chance de guérison qui reste au malade est la levée de l'obstacle s'opposant au cours des matières. L'intervention aura bien entendu d'autant plus de chances d'être couronnée de succès qu'elle aura été faite de bonne heure et si les statistiques sont si meurtrières, c'est qu'elles comprennent, comme le fait remarquer le docteur Roux, des opérés qui sont toujours "à la dernière" pour me servir de l'expression du chirurgien de Lausanne, qui vient de faire paraître un travail sur ce sujet dans la *Revue médicale de la Suisse romande* du 20 janvier 1864.

C'est même pour faire ressortir les quelques particularités de cet article que nous nous occupons de ce sujet toujours intéressant.

L'étranglement interne ou occlusion intestinale aigüe, peut être

le résultat de plusieurs mécanismes. La torsion, le volvulus est, comme on le sait, un des modes fréquents de l'arrêt brusque du cours des matières. On comprend comment l'entrecroisement des anses intestinales produit une striction sur un point et comment aussi pour lever l'obstacle il est nécessaire d'ouvrir le ventre et de défaire la torsion. Mais cela ne suffit pas, nous dit Roux [de Lausanne), car toutes les fois qu'une torsion d'anse intestinale a subsisté pendant plusieurs jours, on trouve au point d'entrecroisement le mésentère infiltré, épaissi et formant une sorte de pédicule. Cette infiltration persiste malgré la levée de la torsion, elle est même suivie d'une réaction cicatricielle perpendiculaire aux vaisseaux mésentériques, en sorte que toute l'anse interceptée continue à flotter comme un bouquet porté par un pédicule, prête à se tordre de nouveau ou à capturer, à la façon d'un lazzo, une anse voisine.

Tel est le résultat de l'observation qui amène immédiatement à conseiller un moyen de s'opposer à la reproduction du même accident; à cet effet, M. Roux recommande d'assurer à tout le mésentère une longueur proportionnelle à sa largeur à l'aide de points de sutures passés dans le sens des vaisseaux, ce qui est facile et applicable pour l'intestin grêle. Pour l'S iliaque, plus souvent en cause, "il suffit, nous dit-il, de fixer à la paroi abdominale dans le flanc gauche ou en avant à gauche, soit le meso près de son insertion à l'intestin, soit l'S iliaque elle-même "sigmo ou colopexis" pour empêcher absolument celle-ci de réitérer le mouvement fâcheux". C'est le premier mode qui lui paraît le mieux convenir et il l'a employé deux fois avec succès dans deux cas relatés *in extenso* dans son travail. Il y a là une indication digne d'intérêt logique et qui pourra certainement rendre des services.

Des invaginations M. Roux ne parle pas; il n'en a probablement pas rencontré dans sa pratique; mais quatre fois il a levé des brides péritonéales causant un étranglement et à ce propos il confirme l'observation faite par Gangolphe: "A savoir que, dans le cas d'étranglement interne avec menace de gangrène, il se trouve dans le ventre un épanchement brun rougeâtre." On sait que notre collègue de Lyon s'est appuyé sur ce signe pour permettre d'affirmer l'étranglement interne et par conséquent pour conseiller de poursuivre longtemps ses recherches, quant, à l'ouverture de l'abdomen, on a découvert une collection liquide de cette nature.

Enfin, les fausses réductions en masse ont aussi donné l'occasion au chirurgien de Lausanne d'intervenir dans deux cas dont un mérite tout particulièrement l'attention. Il s'agit d'un malade atteint d'étranglement interne à la suite d'une cure radicale de hernie, et voici le mécanisme de cet étranglement: l'anse herniée était venue se placer entre le péritoine et la paroi abdominale; il n'y avait pas de sac à proprement parler, et celui-ci était rempli

zé par "du tissu conjonctif tassé en forme de capsule imitant bien fort le sac enlevé un an auparavant." La ligature placée sur le collet avait coupé ce collet qui était devenu l'agent de l'étranglement et le fil fut trouvé à côté de ce collet au moment de l'opération.

Cette nouvelle sorte de hernie, nous dit M. Roux, existe peut-être chez un certain nombre d'individus opérés par des chirurgiens qui, en principe, ne suturent pas les piliers, confiants qu'ils sont dans la seule ligature du collet. C'est la première observation de ce genre qui arrive à notre connaissance et quoique pratiquant toujours la suture des piliers, nous pensons que cet accident doit être très rare chez les opérés par la seule ligature du collet, quand celle-ci est bien faite. Il ne faut pas oublier, en effet, que M. Championnière recommande expressément d'attirer, avant de placer la ligature suffisamment le péritoine pour que par son élasticité celui-ci remonte, et place cette ligature non plus en face de l'ouverture intérieure de l'anneau, mais au dessus de façon à obturer l'orifice par un voile péritonéal indemne de toute lésion.—E. ROCHARD, *Union Médicale*.

De l'orchite blennorrhagique, clinique de M. le professeur FOURNIER à l'Hôpital Saint-Louis.—Le diagnostic de l'orchite blennorrhagique, de la "chaude-pisse tombée dans les bourses", est le plus souvent évident : c'est le malade qui le fait. Au cours de la blennorrhagie, survient de la douleur dans un côté des bourses, qui augmente de volume : douleur et gonflement progressent avec rapidité. En palpant cette tumeur du scrotum, vous reconnaissez qu'on peut lui distinguer deux segments : l'un, antéro-inférieur, rénitent, tendu, mais sans dureté, un peu fluctuant : c'est l'épanchement vaginal voilant le testicule, qui, lui, a conservé son volume normal ; l'autre, postéro-supérieur, formé d'une tumeur allongée, pouvant avoir 6, 7, 8 centimètres de long sur 2 centimètres de longueur en moyenne, tumeur très dure, extrêmement douloureuse, coiffant le testicule à la façon d'un cimier de casque : c'est l'épididyme allongé et tuméfié. Cet ensemble de constatations est caractéristique de l'épididymite blennorrhagique.

Je tiens cependant à vous signaler deux causes d'erreurs possibles.

En premier lieu : l'orchite ourlienne sur un malade ayant la chaude-pisse. Le diagnostic peut se fonder sur l'existence des oreillons ; mais vous savez que parfois l'orchite ourlienne se produit sans oreillons. C'est donc l'examen de la tumeur qui surtout vous conduira au diagnostic. Dans l'orchite ourlienne, le testicule est gros, dur, tendu, douloureux à la pression, et l'épididyme est sain. Dans la blennorrhagie, au contraire, c'est l'épididyme qui est allongé, tuméfié, excessivement douloureux.

Seconde cause d'erreur, et c'est ici le point vraiment délicat : le

sarcocèle tuberculeux aigu, la tuberculisation galopante du testicule qu'a décrite M. Duplay, débute par des phénomènes aigus qui rappellent complètement l'épididymite blennorrhagique.

Voici, en effet, comment se produit cette tuberculisation aiguë du testicule ; rapidement surviennent de la douleur et du gonflement d'une bourse avec vaginalité légère et rougeur du scrotum ; à la palpation vous trouvez l'épididyme très volumineux, dur, très douloureux, et coiffant le testicule en cimier de casque. Vous êtes donc en face du même tableau que dans l'épididymite blennorrhagique. Et, nouveau piège : il peut exister dans l'urèthre un écoulement séro purulent, cette blennorrhée tuberculeuse qui prélude parfois à la tuberculisation des organes génitaux. Vous voyez, dès lors, combien l'erreur de diagnostic est facile à commettre.

Peut être pourriez-vous l'éviter, en vous fondant sur la constitution du malade, scrofaleux ou tuberculeux avéré, et sur la nature et les caractères de l'écoulement uréthral, s'il existe : écoulement plutôt catarrhal, survenu spontanément, ne contenant pas de gonocoques. La palpation attentive du cordon peut vous montrer le canal déférant moniliforme, et le toucher rectal vous révélera des bosselures douloureuses de la prostate ou des vésicules séminales. Enfin, l'autre testicule peut être pris, et présenter dans son épидidyme des masses tuberculeuses.

Mais si vous n'avez aucun de ces signes pour aider votre diagnostic, l'erreur est inévitable, et, comme le disent Monod et Terrillon, vous n'avez qu'un moyen d'être éclairée sur ce point : c'est l'expectation. Si vous avez à faire à une épидidymite tuberculeuse aiguë, les phénomènes ne feront que s'accroître : bientôt un point de l'épididyme deviendra plus saillant, mou, fluctuant ; c'est un petit abcès qui se développe, un foyer caséeux qui se ramollit et va s'ouvrir à l'extérieur. L'épididymite blennorrhagique, au contraire, se résoudra peu à peu, pour se terminer par une simple induration à la queue de l'épididyme.

Le pronostic de l'orchite blennorrhagique est bénin. En dehors de toute complication, l'affection guérit en 15 jours, trois semaines au plus, par le séjour au lit. Mais il existe un point noir : ce sont les conséquences possibles de l'épididymite double sur la fonction spermatique, l'azoospermie et l'infécondité qui en résultent parfois. Gosselin a, le premier, publié des observations où le sperme ne contenait plus de spermatozoïdes, à la suite d'une épидidymite blennorrhagique double : Monod et Terrillon ont fait à ce sujet de nouvelles recherches. Cette azoospermie peut n'être que provisoire : les spermatozoïdes reparaissent après 6 mois, 10 mois, un an ; mais on l'a vu se prolonger plus longtemps, deux, trois, sept ans. Quelquefois, elle est définitive. D'après Monod et Terrillon, l'azoospermie définitive après l'épididymite double serait peut-être plus fréquente qu'on ne le croit généralement : pour eux, la résolution de la masse fibreuse de la queue de l'épididyme

n'assure pas. Le retour des spermatozoïdes : dans quelques cas où ce noyau caudal avait complètement disparu, ils ont vu persister l'absence de spermatozoïdes. La stérilité après orchite blennorrhagique double peut donc être longue, parfois même définitive : la question est encore "sub judice". J'arrive maintenant au point important : *le traitement*.

On formerait une longue plaquette rien qu'avec l'énumération des médicaments et des modes de traitement qui ont été successivement préconisés contre l'orchite blennorrhagique : médications internes, telles que le calomel, le sulfate de quinine, le salicylate de soude, la teinture d'anémone pulsatile, l'émétique autrefois considéré comme capable de juguler, pour ainsi dire, l'épidymite blennorrhagique — pommades de toutes sortes, notamment pommades mercurielles et iodurées—topiques de tout ordre : alun, extrait de saturne, sulfate de fer—cataplasmes, emplâtres de diachylum, de ciguë, de Vigo—révulsifs : teinture d'iode, vésicatoire, chloroforme, coton iodé—caustiques cutanées : nitrate d'argent, acide phénique, et l'on est allé jusqu'à se servir de l'acide nitrique !—pulvérisations phéniquées pendant vingt minutes — glace, stypage au chlorure de méthyle—compression par le collodion, la dextrine, l'ouate, le caoutchouc—électricité sous forme de courants continus—mouchetures sur le scrotum, etc., etc., et j'en oublie beaucoup.

Au dire de leurs inventeurs, tous ces moyens ont donné, bien entendu, de merveilleux résultats : en sorte que nous n'aurions que l'embarras du choix. Et, reconnaissons-le, tous ceux qui ont préconisé ces remèdes ont dit parfois la vérité : avec n'importe lequel de ces moyens on a guéri.

L'épididymite guérit naturellement par l'expectation, le repos, et une hygiène convenable. A l'hôpital du Midi, Puech traitait ses malades par le lit et l'emballotement ouaté, et ils guérissaient parfaitement.

De traitement le plus simple, et le meilleur, consistera donc en ceci :

1. Repos au lit, voilà ce qui est indispensable ; voilà de tous les moyens, celui qui agit le mieux, celui qui soulage le plus.

2. Immobilisation de l'organe malade : soit par une serviette passée sous les bourses qu'elle relève, et nouée derrière les reins : soit par une planchette de bois ou de carton entourée d'ouate, échancrée en son milieu qui supporte les bourses, et appuyée sur les cuisses par ses extrémités.

3. Application de cataplasmes émollients : tel, de préférence au vieux cataplasme de farine de graine de lin, un cataplasme de fécula, arrosé au besoin avec du laudanum.

4. Bains généraux. Vous les répèterez tous les jours pendant les trois ou quatre premiers jours, et ensuite tous les deux jours.

Vous ajouterez à cela des boissons émollientes ; quelques laxa

tifs légers, parce que le lit constipe toujours un peu ; un régime doux, surtout pendant les premiers jours, alors qu'existe un peu de fièvre. Et ce sera tout.

Ne laissez lever le malade qu'après la chute complète des phénomènes inflammatoires et de la douleur. Alors vous l'autoriserez à remplacer le lit par la chaise-longue. Peu à peu il commencera à marcher, très peu d'abord, et progressivement il reprendra ses occupations ordinaires ; mais qu'il ait bien soin de porter un suspensoire ouaté, soutenant efficacement ses bourses. Il gardera ce suspensoire jusqu'à ce qu'ait disparu cette petite induration de la queue de l'épididyme, ce noyau caudal que laisse après elle l'épididymite blennorrhagique.

Quelques symptômes, par leur exagération, peuvent cependant donner lieu à des indications spéciales.

Telle l'intensité exagérée des phénomènes inflammatoires : contre elle, deux moyens. Vous pouvez pratiquer une émission sanguine locale en appliquant 10 à 15 sangsues dans l'aîne, sur le trajet du cordon. Gardez-vous bien de les appliquer sur le scrotum : nous en verrons tout à l'heure la raison. Pour être efficace, cette émission sanguine doit être assez abondante. Cinq à six sangsues ne suffisent absolument pas : appliquez en dix, quinze, vingt. En second lieu, vous pouvez recourir aux applications de glace, faites de la façon suivante : on recouvre les bourses d'une compresse pliée en trois ou en quatre, et par dessus cette compresse on place une vessie ou un sac en caoutchouc rempli de glace concassée. Ce moyen est excellent pour atténuer la douleur, et chez les sujets anémiques il remplacera les sangsues avec avantage.

D'autres fois, vous aurez à traiter une épидидymite blennorrhagique de phénomènes douloureux très intenses, alors même que les phénomènes inflammatoires sont peu prononcés. Contre ces orchites névralgiques, vous mettrez en œuvre les deux moyens précédents : sangsues ou applications de glace, auxquels vous ajouterez avec utilité, matin et soir, un lavement avec XX gouttes de laudanum. Dans ces cas on a préconisé encore le salicylate de soude, l'antipyrine, le chloral.

Lorsque cette excessive douleur est due à la distension de la vaginale par une hydrocèle abondante et suraiguë, accompagnant l'épididymite blennorrhagique, n'hésitez pas à faire, aseptiquement, une ponction évacuatrice avec une aiguille fine. Vous pouvez ainsi, par une ponction presque capillaire, et d'ailleurs parfaitement inoffensive, si elle est faite proprement, soulager votre malade en quelques minutes, d'une façon parfois merveilleuse.

Telles sont les quelques indications spéciales que j'avais à vous indiquer. Il me reste à vous dire un mot sur une méthode ancienne, qui a été rajeunie, perfectionnée, et préconisée ces temps derniers : la compression de la bourse malade.

Cette compression a été pratiquée de diverses manières : on l'a faite, par exemple, en entourant les bourses d'une épaisse couche d'ouate recouverte d'un bandage compressif, ou en appliquant sur les bourses des bandelettes de diachylum imbriquées en forme de carapace, et recouvertes aussi d'une couche d'ouate et d'un bandage compressif. Récemment on a proposé un suspensoire perfectionné, de Langlebert et Horand, constitué de la façon suivante : une couche épaisse d'ouate entourant le scrotum ; un morceau de caoutchouc percé d'un trou pour la verge, et recouvrant l'ouate ; enfin un suspensoire en toile que l'on peut resserrer de manière à comprimer exactement l'appareil. Ainsi se trouverait réalisée la compression efficace des bourses, leur immobilisation sûre, en même temps que se produirait, grâce au caoutchouc, une sédation prolongée agissant pour une part dans la résolution des phénomènes inflammatoires et douloureux. Mais le grand avantage de ce suspensoire savant serait de ne pas exiger le repos : grâce à lui, le malade ne serait pas obligé de s'aliter, et il pourrait continuer à vaquer à ses occupations. Nous verrons tout à l'heure dans quels cas cette méthode peut rendre des services.

Cet exposé du traitement de l'orchite serait incomplet, si après vous avoir dit ce qu'il faut faire, je n'ajoutais maintenant : que convient-il de ne pas faire ? Car il s'est introduit dans ce traitement quelques pratiques absolument défectueuses.

Tout d'abord, lorsqu'on applique des sangsues, ne jamais en appliquer sur les bourses. " Cette pratique, très usitée d'ailleurs, est déplorable : elle peut être suivie d'accidents parfois graves. Souvent il se produit, en pareil cas, une infiltration sanguine du scrotum. Cette infiltration est quelquefois considérable : j'ai vu des malades dont le scrotum avait ainsi atteint, en quelques heures, le volume d'une grosse orange. En outre, les piqûres des sangsues peuvent être, au niveau du scrotum, le point de départ d'érysipèles et de phlegmons. Ces phlegmons sont souvent graves, parfois même mortels, comme chez deux malades dont Monod et Terrillon ont rapporté l'observation dans leur livre sur les maladies du testicule.

En second lieu, ne pas faire de frictions sur les bourses avec de l'onguent mercuriel, ou de l'onguent napolitain belladonné. Ces frictions sont d'abord inutiles : on les a dites résolutes, mais le fait est des plus contestables. De plus, elles sont dangereuses. Sans doute en raison de sa richesse en vaisseaux lymphatiques, la peau du scrotum est, de toutes les régions du corps, celle qui absorbe le mieux le mercure. Quelquefois une seule friction mercurielle sur les bourses, faite pour détruire des pédiculi, suffit à déterminer de la stomatite : les exemples en sont fréquents à notre consultation de l'hôpital. On a même observé, dans des cas semblables, des phénomènes graves d'hydrargyrisme : Spillmann a rapporté l'observation d'un malade chez qui une seule friction

mercurielle sur les bourses a déterminé une hydrargyrie maligne, qui a mis la vie en danger et n'a guéri qu'au bout de trois semaines

Quand on emploie la glace, il faut avoir soin de ne jamais l'appliquer à même sur le scrotum. Outre que ce serait douloureux, on s'exposerait ainsi à produire du sphacèle.

Et surtout, jamais d'applications irritantes, jamais de cautérisations sur les bourses. Quel avantage en résulte-t-il pour le traitement de l'orchite? Absolument aucun. Et ces applications laissent après elles des plaies souvent étendues, rouges, inflammées, très douloureuses et longues à guérir: les malheureux malades souffrent, dès lors, infiniment plus du remède que de la maladie. Ces moyens, ineptes en principe, fâcheux dans leurs résultats, sont condamnables au premier chef.

Mais voici terminée l'orchite blennorrhagique: il ne reste plus dans les bourses que ce noyau caudal, cette induration de la queue de l'épididyme, si lente à disparaître. Cette induration ennuie les malades qui parfois viennent vous consulter à ce propos, principalement au moment d'un mariage. Que faire? Ici encore on a prescrit bien des choses: iodure de potassium, emplâtre de Vigo, de ciguë, de savon, pommades dites fondantes, sans doute parce qu'elles fondent au contact de la peau. Tous ces remèdes n'ont aucune action, et je préfère de beaucoup la pratique suivante: dans les premiers temps de cette période chronique, persister dans l'application de cataplasmes de fécule froids pendant la nuit, le port d'un suspensoire ouaté pendant le jour, l'usage longtemps continué des bains. On peut même, finalement, conseiller une saison dans des stations thermales sulfureuses, chlorurées, sodiques.

Et maintenant, un mot en arrière, en face de toutes ces méthodes qui toutes prétendent guérir, chacune mieux que les autres. L'expérience a établi deux points, bien acquis.

Le premier, c'est que de tous les agents préconisés contre cette affection, il en est un qui vaut tous les autres réunis: c'est le repos au lit. Mettez votre malade au lit: maintenez-le au lit tout le temps que dureront les phénomènes inflammatoires et douloureux.

Second point: certaines médications auxiliaires sont utiles lorsqu'elles sont indiquées par des faits particuliers: tel, nous l'avons vu, contre l'acuité des phénomènes inflammatoires ou de la douleur, l'emploi des sangsues ou de la glace. Mais ces moyens ne sont jamais qu'auxiliaires: à eux seuls ils ne donnent rien: vous n'en retirerez bénéfice qu'en leur associant le repos au lit. En un mot, ils remplissent un utile office quand ils ont leurs indications, mais ils ne sauraient suffire, et le véritable remède, c'est le repos, c'est le lit. Cela est tellement vrai que toutes les indications complexes, successivement préconisées, ont donné les mêmes succès, lorsqu'elles comprenaient le lit dans leurs moyens: elles ont toutes

permis de faire disparaître les phénomènes inflammatoires et douloureux en une huitaine de jours, dans les cas moyens : au bout de douze à quinze jours, le malade est sur pied, capable de reprendre ses occupations habituelles, lorsqu'elles ne sont pas trop fatigantes.

Ceci prouve donc amplement que le vrai remède, celui qui fait tout, c'est le lit : les autres moyens ne sont qu'auxiliaires.

Une seule médication déroge à cette règle : celle qui, par l'immobilisation et la compression méthodique des bourses au moyen du suspensoire savant dont je vous parlais tout à l'heure, prétend supprimer le séjour au lit, et permettre au malade de guérir tout en continuant de vaquer à ses occupations. Réalisez-vous cette promesse? Oui, dans certains cas, il n'est pas douteux qu'elle n'ait eu à son actif quelques succès avérés; mais elle est loin de réussir toujours. D'abord, chez quelques malades, la compression des bourses est insupportable : mais lorsque cette compression est tolérée, elle soulage beaucoup moins efficacement que le séjour au lit. Ensuite on a accusé cette méthode de donner lieu à des recrudescences, à des récidives, et de laisser, après guérison de l'épididymite, des indurations particulièrement volumineuses et persistantes. En sorte qu'elle est loin de valoir le traitement par le repos au lit.

Est-ce à dire que jamais elle ne rencontrera ses indications dans la pratique? Certainement non. Dans certains cas d'épididymite légère, indolente, subaiguë, elle pourra suffire. Mais son emploi relèvera surtout de considérations extra-médicales auxquelles nous serons parfois obligés d'obéir. Un malade, par exemple, a un intérêt majeur à ne pas s'aliter : soit qu'il veuille cacher à son entourage, à ses parents, à sa femme, sa maladie spéciale, soit que l'interruption de ses occupations le menace de perdre sa place, ou lui fasse un tort considérable. Dans ces cas spéciaux, pour ces motifs, consentez à vous départir, ou plutôt à essayer de vous départir de votre ligne de conduite habituelle. Essayez de l'immobilisation avec compression du testicule par le suspensoire perfectionné, quitte à faire bientôt reprendre le lit si cette méthode ne réussit pas.—*Concours médical.*

Un hygiéniste sera nécessairement un observateur. Le champ de l'hygiène, en effet, c'est la vie; c'est le multiple et varié mouvement quotidien des villes et des campagnes; c'est les mille petits faits journaliers, dont l'observation attentive peut faire germer dans l'esprit du médecin le soupçon ou donner la notion plus exacte des relations de causes à effets, des agents morbides aux maladies. L'hygiène touche à tout; elle peut compléter utilement toutes les connaissances, mais toutes les connaissances aident à son progrès.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Accouchement par le siège—Tête hydrocéphale retenue dans l'utérus après arrachement du tronc (1).—Par M. ARNOULD (Namur).—Les cas de tête hydrocéphale, retenue dans la matrice après arrachement du tronc, n'étant pas fréquents, nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter celui qu'il nous a été donné d'observer.

Le 1er septembre 1889, je suis appelé à X..., par les confrères J... et Z..., dans les circonstances : il s'agit d'un accouchement par le siège, avec spina-bifida, chez une multipare à terme de sa huitième grossesse; la tête seule est retenue dans les parties. Des tractions méthodiques sur la mâchoire inférieure, le forceps, le transférateur ont été impuissants à l'amener au dehors. Des tractions énergiques sur le tronc n'ont eu d'autre effet que d'en opérer l'arrachement. Ni au moment de la rupture du cou, ni après, il n'y eu écoulement de liquide. A notre arrivée, à 5 heures du matin, le ventre est encore volumineux, uniformément mou; l'hypogastre est saillant, le fond de l'utérus est à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic; nous ne percevons aucun bruit cardiaque. Au toucher : tête élevée en occiput cotyloïdienne gauche; mâchoire inférieure fracturée en arrière et à droite; au niveau de la cotyloïde gauche, petit tronçon du cou profondément caché dans les parties. Après une *pêche attentive*, faite au moyen de l'index droit, nous avons le bonheur de découvrir, dans ce moignon déchiqueté, l'orifice du canal vertébral, dans lequel nous nous efforçons de glisser une sonde à double courant, que nous avons sous la main, et que nous poussons jusque dans le crâne. Aussitôt une sérosité abondante s'écoule par les deux pavillons; on en recueille plus de huit pintes. Les douleurs, jusque-là languissantes, se réveillent avec énergie; la tête s'engage et est expulsée spontanément trois quarts d'heure après l'introduction de l'instrument.

Délivrance et couches normales.

Quelle est la conduite à tenir en cas d'*hydrocéphalie volumineuse* avec arrachement du tronc.

Mes confrères avaient en vain employé le forceps et essayé le transférateur, avant et après la rupture du cou. Le forceps, dans ces conditions, doit nécessairement glisser dès les premières tractions. Il s'applique d'ailleurs très mal, par la raison fort simple que, dans l'hydrocéphalie volumineuse, les mors de l'instrument,

(1) *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, novembre 1893.

non seulement ne peuvent dépasser, mais n'atteignent pas même la grande circonférence du crâne. En effet, des deux parties qui composent la tête, crâne et face, la dernière seule s'engage au détroit supérieur autant que le permet le volume et la tension du crâne. Mais, quand l'hydrocéphalie est considérable, le crâne forme, au-dessus de l'excavation pelvienne, un énorme ballon qui occupe l'hypogastre et les fosses iliaques, et dont la face constitue pour ainsi dire le pédicule engagée dans le détroit abdominal. Le bec du forceps et l'extrémité de la branche protectrice du transformateur viennent, pendant leur introduction, butter contre la partie inférieure de ce ballon, sans pouvoir le contourner ni l'embrasser. Dès lors, rien d'étonnant que ces instruments ne puissent s'appliquer convenablement, tant que le crâne est rempli.

C'est ce qui est arrivé à mes deux confrères.

Un moyen, plus pratique d'en finir, est la *ponction* faite dans un point fluctuant, à l'aide d'un perforateur quelconque. Nous avons réussi dans un cas, identique à celui-ci, à l'aide du perce-crâne du forceps. Cette opération n'est pas bien difficile pour ceux qui sont quelque peu familiarisés avec les difficultés obstétricales. Mais celui dont toute l'obstétrique dystocique se borne à une application de forceps ou une version, celui-là peut hésiter à se servir d'un instrument piquant, qui, par mégarde, pourrait blesser la femme. C'est pourquoi nous estimons, qu'après l'arrachement du tronc, comme avant cet accident, il faut, ainsi que nous l'avons fait commencer par aller à la *pêche de l'orifice* vertébrale, et, après l'avoir trouvé, introduire par cette voie une sonde dans le crâne; quitte à recourir à la ponction, si l'orifice était introuvable, ou si la sonde n'amenait pas la sortie du liquide intra-crânien. L'extrême simplicité de cette manière de faire, qui la met à la portée de tous, sa parfaite innocuité, le succès rapide et facile qu'elle nous a donné nous ont engagé à la recommander. Nous croyons avoir d'autant plus de raison de le faire, qu'à notre connaissance dans l'hydrocéphalie volumineuse, après arrachement du tronc, aucun auteur ne conseille le procédé si simple que nous avons suivi.

Fécondation pendant la période puerpérale.—M. KROENIG a communiqué à la *Société d'accouchement de Leipzig* un cas curieux de fécondation. Une femme de vingt-deux ans accouchait le 4 juillet 1892 pour la seconde fois; quatre jours après, c'est-à-dire le 8 juillet, elle eut des rapports sexuels, rapports qu'elle ne renouvela pas pendant les trois mois suivants. Elle ne revit pas ses règles et se trouva enceinte. Elle sentit au novembre 1892 les premiers mouvements de fœtus et accoucha le 10 mars 1893, c'est-à-dire deux cent quarante-trois jours après le coït, d'un enfant bien développé pesant 3,550 grammes.

Non seulement le développement de l'enfant était bien complet pour une grossesse aussi courte, mais encore l'époque de la concep-

tion est tout à fait surprenante. On admet, en général, que l'ovulation cesse pendant la grossesse et ne recommence que vers l'époque des premières règles; c'est-à-dire au bout de six à huit semaines. Si l'ovulation ne s'est faite en réalité qu'après ce délai, il faut admettre que les spermatozoïdes se sont conservés dans l'organisme de la mère avec leurs propriétés pendant un temps bien long.

D'autre part, il est difficile de s'expliquer comment une caduque qui n'avait pas encore eu le temps de se renouveler, a pu fixer et englober une ovule. Ce fait montre que : 1^o en deux cent quarante-trois jours, comptés à partir du coït, il est impossible à un fœtus d'atteindre un développement complet; 2^o que le fonctionnement des ovaires ne se suspend pas complètement pendant la grossesse; 3^o que les lochies n'empêchent pas la vitalité des spermatozoïdes; 4^o que l'ovulation et la menstruation sont indépendantes; 5^o que, chez une femme robuste, la régénération de la muqueuse utérine est extrêmement rapide.—(*Centralbl. f. Gynaek*; no 11.)

Causes de la mort du fœtus pendant le travail : le tétanisme utérin.—M. le Dr CASTERS a étudié, dans un travail récent, un certain nombre des causes qui peuvent amener la mort du fœtus pendant le travail et en particulier les décollements prématurés du placenta, les procidenties du cordon et le tétanisme utérin. Nous analysons ici le chapitre qui est relatif à ce dernier accident, heureusement assez rare, mais dont les suites sont presque toujours très graves pour le fœtus.

L'état qu'on désigne sous le nom de tétanisme utérin est caractérisé par la permanence des contractions utérines; l'utérus, au lieu de se relâcher dans l'intervalle des douleurs, reste dans un état spasmodique des plus nuisible à la conservation de la vie du fœtus.

Cet état ne s'établit jamais d'emblée: les contractions ont commencé depuis un certain temps, elles sont restées normales. Mais sous l'influence de causes particulières, elles deviennent plus douloureuses, plus intenses, elles se rapprochent. Elles sont alors simplement exagérées, et si aucun obstacle ne vient s'opposer à la terminaison de l'accouchement, l'enfant est expulsé rapidement. Si au contraire l'accouchement marche lentement, l'utérus lutte pour surmonter l'obstacle, il rapproche de plus en plus ses contractions, il les multiplie, il les exagère. L'intervalle qui les sépare à l'état normal devient de plus en plus faible, et il arrive un moment où une contraction n'étant pas achevée, une nouvelle contraction commence. L'état tétanique de l'utérus est alors produit; on voit qu'il résulte, comme le tétanisme musculaire, de la fusion complète de deux contractions successives.

Le tétanisme utérin se produit ordinairement lorsque l'accouchement traîne en longueur par suite d'un obstacle qui s'oppose à la sortie du fœtus.

Les rétrécissements du bassin, les présentations vicieuses en sont donc la cause la plus ordinaire. Une autre cause fort importante aussi est la rupture prématurée des membranes, soit qu'elle se soit faite spontanément, soit que l'accouchement l'ait provoqué hâtivement.

Les tentatives d'intervention arrivent au même résultat lorsqu'elles sont inopportunes ou mal faites. Le plus souvent il est vrai, ce sont des touchers trop répétés et maladroits, des tentatives de dilatation forcée qui ne provoquent que la rigidité, la contraction spasmodique du col. Mais la contracture gagnera le muscle utérin tout entier, si le travail dure depuis longtemps déjà; elle ne demandait que la plus petite chose pour éclater.

La fréquence du tétanisme utérin était autrefois considérable en raison de l'usage abusif que l'on faisait de l'ergot de seigle. En 1835, Blariau, de Gaud, disait qu'un cinquième des femmes qui font usage de l'ergot accouchent d'enfants morts. En 1859, Deville lui attribuait la mort du septième des enfants mort-nés.

Aussi M. Tarnier écrivait il dès 1872 : " On ne doit employer de médicament qu'en cas d'absolue nécessité et on surveiller l'effet sur la circulation fœtale par une auscultation souvent répétée; si les battements du cœur se ralentissent, on pourra au moins conjurer le danger en appliquant le forceps."

Enfin, dans certains cas, on peut invoquer d'autre cause au tétanisme utérin qu'une prédisposition particulière, un état de nervosisme préexistant.

Le tétanisme utérin se reconnaît, en même temps qu'à l'exagération et à la persistance des douleurs, à la forme de l'utérus dont on retrouve facilement tous les détails. A la palpation, on le trouve absolument dur, sa consistance est partout la même, sa dureté est égale à celle du bois. On peut assez facilement délimiter le contour des petites parties fœtales qu'il enserre. On sent également la contraction des muscles abdominaux.

A l'auscultation si le tétanisme dure depuis un certain temps, on n'attend aucun bruit. Si l'on ausculte dès que les contractions commencent à devenir plus fortes on suit pour ainsi dire pas à pas les troubles que cet état cause chez les fœtus. Les bruits du cœur s'arrêtent un certain temps pour reprendre dès que la contraction a cessé. Mais comme la fréquence et l'intensité croissent graduellement, les battements cardiaques ne reprennent pas dans l'intervalle leur timbre normal. Ils deviennent de plus en plus sourds, irréguliers, leur suspension dure de plus en plus longtemps jusqu'à ce qu'enfin ils s'arrêtent complètement. Le fœtus n'est pas encore mort mais si le tétanisme ne cesse pas, ou si l'accouchement ne se fait pas rapidement, tout espoir de le rappeler à la vie est bientôt perdu.

Si l'on pratique le toucher vaginal on sent le col dur, rigide, tendu sur la partie fœtale qui se présente et qui est fortement

enserrée ; il présente quelquefois une consistance cartilagineuse. On ne peut guère imprimer de mouvements au fœtus et il est bien difficile d'introduire la main dans la matrice. Si l'on y parvient dans les tentatives de version, on ne peut souvent arriver à saisir les pieds et la contracture ne cessent pas, la douleur est telle qu'elle force à retirer la main.

En même temps, la femme est en proie à des douleurs continues, spontanées, intolérables la moindre pression les exaspère, elles s'irradient en divers sens vers les membres inférieurs, la région lombaire. Il est nécessaire alors, si l'on veut examiner la patiente d'administrer du chloroforme, car la plus légère pression sur l'abdomen exagère les douleurs.

Pour peu que dure cet état, il a un triste retentissement sur l'état générale de la parturiente. Celle-ci continuellement tourmentée par ces douleurs ne peut trouver un instant de repos, elle est en proie à une agitation extrême, la température s'élève plus ou moins haut. Puis apparaissent les phénomènes d'épuisement nerveux ; des crampes se montrent dans les membres inférieurs, le corps se couvre d'une sueur froide, des syncopes, des convulsions surviennent et la mort arrive à bref délai.

Il est assez difficile de dire à quel moment précis l'utérus se tétanise. Cet état, en effet, n'apparaît pas d'emblée et la contraction normale ne passe pas brusquement à la contracture.

On devra songer au tétanisme toutes les fois que le travail se prolongera et qu'il y aura une des causes signaler plus haut.

Le pronostic est absolument fatal pour l'enfant qui succombe très rapidement après que le tétanisme s'est déclaré. Si cependant le bassin de la mère était large et le fœtus petit, l'expulsion de celui-ci pourrait se faire dès que les contractions commencent à s'exagérer. Il serait alors en état de mort apparente, mais on pourrait le ranimer.

En outre, si le tétanisme se produisait sous les yeux de l'accoucheur, celui-ci, par divers moyens, pourrait l'arrêter avant qu'il soit tout à fait établi ou terminer rapidement l'accouchement avant que tout espoir de ranimer le fœtus soit perdu.

Ces moyens sont malheureusement très souvent des procédés extrêmes. On peut les réussir ainsi :

Pendant la grossesse on devra modifier les présentations de l'épaule en pratiquant la version par manœuvres externes. Si l'on constate que l'on est en présence d'un bassin rétréci, on y remédiera, soit par l'accouchement prématuré, soit par la symphyséotomie. Pendant le travail on s'abstiendra de manœuvres imprudentes et surtout on évitera soigneusement de rompre prématurément la poche des eaux ; on se gardera également de donner du seigle ergoté.

Si le tétanisme commence à se produire, on emploiera le chloroforme, le chloral et surtout la morphine ; on pratiquera la version.

par manœuvres internes si l'enfant vit encore. Mais si la mort remonte déjà à un certain temps, dans l'intérêt de la mère, on se résignera à l'embryotomie.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

PÉDIATRIE.

Traitement du diabète chez l'enfant.—Diabète sucré.—Le diabète est exceptionnel chez les enfants, particulièrement au-dessous de deux ans; la glycosurie passagère n'est pas très rare, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'examen systématique des urines chez tous les enfants malades.

La plus fréquente des *glycosuries* accidentelles est celle qu'on observe dans les cas où existent des perturbations des fonctions digestives (dyspepsie gastro-intestinale, avec torpeur du foie). Puis vient la glycosurie passagère de certaines affections nerveuses. Enfin celle qu'on rencontre chez des enfants obèses; celle-ci particulièrement inquiétante, à cause de la parenté entre l'obésité et le diabète. Cependant il ne faut considérer comme diabète vrai que la glycosurie permanente, et malheureusement celle-ci est chez l'enfant du plus mauvais pronostic.

Si l'enfant chez lequel on constate des urines sucrées est dyspeptique, gourmand de sucreries, de féculents, on commencera par régulariser son hygiène alimentaire en supprimant les aliments sucrés farineux et féculents, en espaçant convenablement les repas; si le foie est congestionné, on donnera quelques doses de calomel, de sulfate de soude, des amers; on appliquera des ventouses sèches répétées, des cataplasmes sinapisés sur la région hépatique.

Si l'enfant est un enfant névropathe, on le soumettra aux frictions catanées quotidiennes, à l'hydrothérapie froide ou écossaise, au massage; on donnera avec discrétion l'antipyrine, les bromures, la valériane. Si c'est un obèse, on adjoindra à ces moyens l'exercice régulier au grand air, l'usage des alcalins, les bains chauds salés, un peu prolongés, les inhalations d'oxygène ou d'air comprimé.

Quand la persistance de la glycosurie malgré les modifications au régime, la polyurie, l'azoturie existent, le diagnostic de diabète n'est plus douteux; malgré le régime et le traitement le mieux conduit, malgré la polyphagie, l'amaigrissement se produira au bout de quelques semaines ou de quelques mois, avec tout le cortège symptomatique du diabète maigre, qui est la forme clinique ordinaire, dans l'enfance, et la mort surviendra par le coma diabétique ou la phthisie, si quelque complication intercurrente n'abrège pas la marche naturelle des choses.

Quoi qu'il en soit, chez le *nourrisson diabétique* on ne pourra

supprimer le lait, mais on fera prendre à chaque tétée une cuillerée d'eau de Vichy ; si l'enfant est alimenté artificiellement, on étendra le lait d'eau alcaline en y ajoutant une certaine quantité de crème pour le rendre plus riche en matières grasses.

Quand le temps sera venu de sevrer l'enfant, au lieu de lui continuer jusqu'à deux ans l'usage du lait de vache, on lui organisera une alimentation composée de bouillon, d'œufs, de beurre, de jus de viande, de poudre de viande ou de pulpe crue râpée.

Dans la *seconde enfance* et l'*adolescence* comme chez le diabétique adulte, les aliments interdits sont le sucre et les mets sucrés, les féculents, c'est-à-dire : pain ordinaire, pâtisseries, pommes de terre, haricots, pois, lentilles, châtaignes, riz, macaroni, nouilles ; les racines sucrées : carottes, betteraves, oignons, navets ; certains légumes, comme l'oseille, la tomate, l'asperge ; — le lait, le chocolat ; — les fruits sucrés : raisins, prunes, abricots, poires et pommes, figues, fraises, cerises et groseilles, melons ; les vins sucrés, les sirops, la bière, le cidre.

Les aliments permis sont le bouillon, les viandes et volailles grillées et rôties, les œufs, les poissons, les corps gras : beurre, lard, les légumes herbacés, épinards, chicorée, laitues, choux et choux-fleurs ; comme desserts, les fromages, les olives, les noix, les amandes, les noisettes, les pistaches. On donnera 20 à 60 gr. de glycérine, mélangée à du vin blanc et à de l'eau de Vals. Comme boisson, le vin rouge ou blanc non sucré coupé d'eau. On laissera l'enfant boire à sa soif, par quantités modérées à la fois, souvent répétées. Si l'enfant les tolère, on essaiera le pain de gluten, le pain d'amandes de Pavy, le pain de Soja ; si ces pains artificiels l'empêchent de manger, on lui permettra un peu de croûte de pain ou une pomme de terre cuite à l'eau. On se gardera d'ailleurs d'exiger une rigueur absolue dans le choix des aliments pour ne pas entraver l'alimentation par le dégoût, puisque l'anorexie est la perte amenée à bref délai du diabétique qui court à la consommation par autophagie.

L'huile de foie de morue doit être donnée, légèrement additionnée de créosote pour prévenir l'infection tuberculeuse, et créosotée à plus haute dose si les signes de tuberculose pulmonaire existent déjà.

Comme soins hygiéniques il faut prescrire les frictions hydrothérapiques, l'exercice au grand air, tout en interdisant les mouvements trop violents capables d'amener les sueurs profuses et le surmenage, la suppression du travail intellectuel.

Comme médicaments, tant que l'état général du sujet se maintient sans amaigrissement, j'emploie en première ligne les *alcalins* par cures de 10 jours consécutifs, séparés par des repos de 5 jours ; chaque jour, 1 à 5 grammes de bicarbonate de soude, en trois doses prises une demi-heure avant les repas, en l'associant tantôt au benzoate de soude et tantôt au benzoate de lithine.

Pendant les jours intercalaires je donne tantôt l'arsenic (liqueur de Fowler ou arséniate de soude) et tantôt la quinine (chlorhydrate ou valérianate) 0,10 à 0,50.

S'il y a des phénomènes névralgiques, j'emploie l'antipyrine ou le bromure de potassium.

Dès que survient l'amaigrissement, l'abolition des réflexes rotuliens, les médicaments de choix sont les nervins et les antidépresseurs : l'arsenic, la valériane, la codéine et la strychnine ; ainsi on peut formuler des pilules du genre de celles-ci :

Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{2}$ milligr.
Arséniate de soude.....	1 "
Codéine pure	1 centigr.
Valérianate de quinine.....	5 "
Extrait de valériane.....	Q S.

pour une pilule. On en donnera, suivant l'âge, 1 à 6 par jour réparties au moment des repas.

Si l'enfant est assez grand, on peut tenter une cure à Vichy ou à la bourboule suivant la période de son affection.

On prendra soin de traiter avec une antiseptie minutieuse toute excoriation susceptible d'ouvrir la porte aux infections, les phlegmons, anthrax, gangrènes, érysipèles.

Le coma diabétique est en général mortel, chez l'enfant comme chez l'adulte : pour le prévenir, il faut éviter l'alimentation carnée exclusive et la diminution de la quantité des urines, les émotions vives, les fatigues physiques et intellectuelles.

On doit donc varier autant que possible l'alimentation du diabétique dans la mesure compatible avec l'abstention des générateurs du glycogène, le laisser boire à sa soif, lui donner de grands lavements froids fréquents, si le taux des urines s'abaisse.

Quand les accidents se produisent, les alcalins à haute dose, voire les injections intra veineuses de sérum artificiel chloruré et bicarbonaté sodique, les injections sous-cutanées de caféine et d'éther sont des moyens qu'il est logique d'essayer, mais qui n'ont pas réussi à notre connaissance à empêcher la mort.—P. LEGENDRE, in *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*.

Traitement de quelques névroses chez l'enfant, par P. Legendre, *Hypochondrie*.—Les idées hypochondriaques ou nosomaniaques ne sont pas exceptionnelles chez les enfants névropathes, héréditaires et dégénérés. Dès qu'on s'en aperçoit, il importe d'attirer l'attention de la famille sur cette fâcheuse tournure d'esprit qui peut aboutir à une vésanie véritable. C'est à la cure morale, à la psychothérapie, qu'on doit demander le redressement de cette déviation psychique ; tout l'entourage de l'enfant doit s'y employer.

On évitera avec grand soin de laisser la conversation tomber

sur des sujets médicaux ; on redoutera plus encore la lecture de ces écrits dans lesquels, sans couleur de vulgarisation médicale, se trouvent des descriptions plus ou moins exactes des maladies, dans un style de nature à impressionner vivement un lecteur jeune. Malheureusement, à notre époque, ce genre d'écrits, servant à la diffusion de réclames thérapeutiques, se glisse partout et peut facilement tomber sous les yeux de nos enfants. Ceux d'entre eux qui ont le moindre propension à la nosomanie s'en emparent et les lisent avec avidité.

Pour la même raison, les parents devront éviter de s'entretenir devant leurs enfants de leurs propres maux ; car, souvent névropathes eux mêmes, ils exerceront, par le récit imagé de leurs sensations morbides, une fâcheuse suggestion sur ces jeunes cerveaux.

On recommandera aux parents d'accueillir qu'avec réserve, et sans paraître émus, les plaintes de l'enfant hypochondriaque ; ce serait pourtant un mauvais procédé que d'y paraître insensible et de refuser complètement d'y croire ou de s'en occuper ; l'enfant attribue cette excessive indifférence à la dureté du cœur des siens et renoncerait à leur confier ses craintes d'être malade et de mourir, se confinerait en un mutisme plein de terreur secrètes qui serait loin d'améliorer son système nerveux. On écouterait donc les plaintes de l'enfant, on l'examinerait attentivement et on lui affirmera ensuite que les sensations qu'il accuse ne correspondent à aucune maladie.

On instituera pour lui une éducation où les travaux intellectuels seront suffisamment tempérés par les exercices et les distractions ; on choisira, s'il se peut, ses camarades parmi des enfants sans tare névropathique et de bon caractère.

L'hydrothérapie sous les formes les plus variées sera presque la seule thérapeutique physique. Cependant, comme en général, les fonctions digestives s'accomplissent assez mal chez ce genre de sujets et qu'ils sont notamment atteints de constipation, on surveillera leur alimentation, on leur fera prendre fréquemment les amers et les laxatifs.

Epilepsie.—Le premier soin du médecin appelé à soigner un enfant qui présente des attaques convulsives, doit être de rechercher les circonstances qui permettent de distinguer l'épilepsie de l'éclampsie et de l'hystérie ; puis les convulsions épileptiques symptomatiques, soit d'une irritation produite sur le système nerveux par voie réflexe, comme l'épilepsie vermineuse, soit d'une lésion encéphalique localisée "épilepsie jacksonienne".

Les convulsions limitées, du moins au début de l'accès, à un membre inférieur ou supérieur, à une moitié de la face, sans perte de connaissance ou précédant la perte de connaissance, constituent l'épilepsie jacksonienne. La connaissance des localisations cérébrales permettra dans certains cas de diagnostiquer l'existence d'une lésion nettement localisée de l'encéphale et superficielle,

accessible au chirurgien, comme celles de la région rolandique. Si les commémoratifs peuvent faire penser à une lésion curable par l'intervention chirurgicale (*ancien traumatisme*), on posera nettement la question de TREPANATION.

Peut-on supposer qu'une lésion *syphilitique héréditaire* (gomme) est l'agent irritant, le traitement spécifique doit être institué et conduit avec vigueur, "frictions mercurielles, iodure de potassium à dose suffisante."

Si l'on est induit à admettre un *tubercule cérébral*, l'espoir est bien faible d'en obtenir la régression; chez des enfants déjà d'un certain âge, on pourra quelquefois en ralentir l'évolution par l'emploi de la créosote et de l'iodoforme.

Pour les autres *tumeurs encéphaliques* (gliome, kyste, foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie, hématome), il n'y a rien à espérer que de la chirurgie, et c'est à ce défaut seulement qu'on tentera la révulsion sur les parois du crâne (pointes de feu, vésicatoires réitérés) et l'emploi des antispasmodiques.

L'épilepsie causée par des *vers intestinaux* sera un triomphe thérapeutique, grâce aux anthelminthiques (santonine, 0 gr. 05 à 0.15) et au calomel.

On peut voir des accidents épileptiformes en rapport avec une *auto-intoxication* par le tube digestif (constipation, dilatation gastrique et colique); ils céderont à un régime approprié et à l'antispasie intestinale.

Si on a la bonne fortune de rencontrer, par un examen minutieux de tout le corps, quelque *cicatrice douloureuse*, quelque *névrome*, on pourra espérer faire disparaître les convulsions par la suppression de ces causes d'aura centripète.

Le *rachitisme*, qui s'accompagne de *craniotabes*, de déformation passagère ou durable du trou occipital capable d'entraver la circulation du bulbe, sera traité s'il existe.

L'*anémie*, si elle est arrivée à un haut degré, peut par exception entraîner une ischémie de certains territoires encéphaliques ou des troubles de la nutrition des cellules nerveuses, qui se traduisent par des convulsions épileptiformes; de là une indication thérapeutique.

Toutes ces fausses épilepsies écartées, en reste du vrai mal comitial, présentant à considérer au point de vue du traitement les *accidents convulsifs*, le *petit mal*, les *formes larvées* (incontinence d'urine, impulsions).

En vue de la PROPHYLAXIE, on pourrait peut être utiliser la notion, qui paraît acquise à la science, de l'influence exercée par l'alcoolisme des parents, et plus particulièrement par l'ivresse au moment de la conception. Des recommandations faites à propos aux hommes qui sont sur le point de se marier, éviteraient peut être quelques naissances d'épileptiques futurs.

Dans les familles à hérédité névropathique ou alcoolique, on de-

vrait ne jamais exposer les enfants à des spectacles répugnants ou terrifiants ("vue d'un cadavre, de l'abattage d'un animal, des convulsions d'un épileptique). On devra leur interdire l'usage du vin pendant les premières années. L'éducation devra se proposer, chez les enfants tarés par les névroses ou psychoses des parents, d'éviter le surmenage intellectuel, les punitions trop rigoureuses et l'abus de la contrainte morale. On recommandera la vie au grand air.

L'emploi des médicaments comprendra en première ligne les bromures, à doses progressivement croissantes jusqu'à disparition des attaques, puis décroissantes, mais sans cesser complètement, le bromure étant "la muselière de l'épilepsie," comme on l'a dit d'une manière si expressive.

Bromure de potassium.....	} à 5 gr.
Bromure de sodium.....	
Bromure d'ammonium.....	
Eau.....	150 gr.

Chaque cuillerée à café, contenant 1 gr. de polybromure, sera diluée dans une quantité variable de sirop d'écorce d'orange, de fleur d'oranger ou d'eau de laurier-cerise.

On donnera ainsi 1 à 10 gr. par jour, suivant l'âge de l'enfant et la fréquence des accès. Quant les accès auront disparu depuis un certain temps, on diminuera les doses; puis on suspendra une semaine sur quatre, puis un mois sur deux, etc.

On peut empêcher les accidents cutanés du bromisme par l'emploi simultané de l'antiseptie intestinale (naphthol et benzo-naphthol).

Loin derrière les bromures viennent tant de médicaments, tour à tour vantés: opium, belladone, jusquiame, valériane, chloral. Plus récemment, le borate de soude a été préconisé.

Au moment des accès, les mesures à prendre sont de prévenir les chutes graves, la morsure de la langue, de relâcher tous les vêtements, de favoriser la sécrétion urinaire, d'évacuer l'intestin. Les accès subintrants trop prolongés, constituant l'état de mal, peuvent devenir un danger mortel: on doit s'efforcer d'en interrompre la série par divers moyens (chloroformisation, inhalations de nitrate d'amyle, affusions froides, bains tièdes prolongés).

Dans l'intervalle des accès convulsifs, l'hydrothérapie froide (douche en jet, en pluie), sera indispensable. Elle sera aussi efficace contre les vertiges du petit mal et les accidents larvés d'impulsion, d'incontinence nocturne d'urine.

On a essayé la suggestion avec peu de succès.

On a pratiqué la trépanation, même dans l'épilepsie réputée essentielle. Compte-t-on un seul succès définitif?

L'emploi des toniques, du fer, de l'arsenic est indispensable de temps en temps.

Quand les accès affectent une périodicité régulière, la quinine (valérianato surtout), serait à essayer.

Hystérie.—Deux grands agents priment tous les moyens qui ont été préconisés contre l'hystérie: c'est le *traitement moral* et l'*hydrothérapie*.

Ils servent d'abord à la prophylaxie. Chez les enfants issus de névropathes, l'usage des pratiques hydrothérapiques doit être institué de très bonne heure, et l'éducation devra, dès les premières années, s'efforcer de combattre le dérèglement des fonctions nerveuses.

Malheureusement, quand les parents, et surtout la mère, sont eux-mêmes hystériques ou neurasthéniques, ils sont bien peu capables de donner cette éducation, qui requiert le calme, un mélange de douceur et de fermeté. En pareil cas, il vaudra mieux pour l'enfant que ses parents confient à d'autres le soin de diriger son jeune esprit.

Aux prédisposés à l'hystérie il faut imposer une règle de vie méthodique, l'habitude du travail coupé par des distractions physiques; dans les lectures, bannir autant que possible les écrivains qui ne s'adressent qu'à l'imagination et à la sensibilité; éviter les occasions de faire naître des émotions vives, tristes ou terrifiantes, ou attendrissantes. L'ennui et la monotonie sont à éviter aussi bien que l'excès des plaisirs; on trouve autant de filles hystériques dans les mornes ouvriers que dans les salons mondains ou les pensionnats à la mode.

L'approche de la puberté est une occasion d'éclosion de l'hystérie, et même chez les fillettes sans prédisposition héréditaire accusée, la névrose peut se montrer alors d'une façon peu durable et sous des formes atténuées.

Quand il existe chez une enfant hystérique des symptômes d'anémie, il faut commencer par instituer le traitement tonique, dont la vie au grand air, les inhalations d'oxygène, l'arsenic, les préparations martiales forment les bases.

On prescrit simultanément l'hydrothérapie, les lotions froides, ou douches en colonne horizontale, les bains sulfureux.

Dans les formes d'hystérie où prédominent les phénomènes d'excitation, on utilisera plutôt l'enveloppement général dans le drap mouillé, le maillot partiel humide, la douche en pluie, ou l'hydrothérapie tiède; la balnéation tiède, bains de tilleul prolongés.

On a fait un grand abus des bromures dans le traitement de l'hystérie convulsive et même des accidents hystériques sans éclampsie. Nous ne pensons pas qu'on puisse demander aux préparations bromiques autre chose que la sédation très passagère de la surexcitation cérébro-spinale.

Comme antispasmodiques, nous plaçons bien au dessus les préparations de *valériane* (valériannate de zinc, de quinine, extrait et

poudre de valériane en pilules, en lavements, en bains); la *strychnine* nous a rendu de bien grands services pour combattre le dérèglement des grandes fonctions nerveuses.

L'*électrothérapie*, principalement sous la forme d'électricité statique, fournit aussi de bonnes armes.

Enfin, dans tous les cas où de graves accidents hystériques, d'ordre psychique surtout, résistent aux moyens précédents, l'*isolement* des enfants, leur transfert hors de la famille ou du milieu habituel dans un milieu radicalement différent, notamment dans une maison de santé, sous la direction d'un médecin rompu au traitement des névroses, voilà l'*ultima ratio*. Ce dernier moyen est plus spécialement merveilleux contre l'*anorexie*, les *vomissements incoercibles*, certains *spasmes toniques*.

Le rôle principal du médecin, lorsqu'il tient ainsi à sa discrétion l'enfant, est d'exercer sur lui une *suggestion* contraire à celle que trop souvent il avait reçue d'un mauvais entourage ou à ses auto-suggestions.

Quand il existe des anesthésies hémiplegiques ou partielles, des monoplégies, des hémiplegies ou paraplégies, on doit recourir aux nombreux *moyens aësthésiogènes*: aimants, métallothérapie, transfert.

Les *attaques convulsives* ne requièrent que peu de moyens immédiats: la compression ovarienne ou celle du nerf sus-orbitaire.

Manie.—On tiendra l'enfant dans une pièce peu éclairée, à température fraîche; on fera le silence autour de lui et on ne laissera près de lui que les personnes indispensables. On ne discutera pas avec le malade et on ne le contredira pas dans ses divagations.

On lui fera prendre deux *bains tièdes* de tilleul par jour, prolongés pendant trois quarts d'heure à une ou deux heures. Si la crise est d'une grande violence, on appliquera de la glace sur la tête; mais cela suppose l'immobilisation par une camisole et cette contention ne peut être employée que pendant peu de temps sans inconvénients.

On administrera, tous les deux ou trois jours pendant l'accès, un *purgatif drastique* (aloès, scammonée).

Si les enfants refusent de s'alimenter, on les nourrira avec la sonde, introduite par le nez (au moyen de peptones, poudres de viande, lait et œufs crus).

Comme calmants, on associera les bromures, le chloral, le chanvre indien.

	Suivant l'âge.
Bromure de potassium.....	} à 1 à 3 gr.
Bromure de sodium.....	
Bromure d'ammonium.....	
Hydrate de chloral.....	0.50 à 2 gr.
Teinture de cannabis indica.....	0.50 à 1 " 50
Sirop de menthe.....	30 gr.
Julep gommeux.....	120 gr.

A faire prendre en 24 heures.

S'il y a de la fièvre, on donnera la *quinine* (surtout le valérianate). On aura recours aussi à la *quinine* préventivement dans certains cas d'accès maniaques à périodicité régulière; quand j'étais l'interne de Legrand de Saulle à la Salpêtrière, je me souviens d'avoir vu une fillette sujette à des accès de manie qui revenaient assez exactement toutes les trois semaines. L'accès n'apparaissait pas, si on prenait soin de donner, trois ou quatre jours avant la date ordinaire, une dose quotidienne de *quinine*. S'il arrivait qu'on oubliât de le faire, l'enfant avait un accès de trois à cinq jours, au cours duquel la *quinine* n'agissait plus.

Dans l'intervalle des accès de manie, on instituera un traitement prophylactique, dont la vie au grand air, les distractions physiques, l'absence d'excitation cérébrale et l'hydrothérapie froide seront les bases.

Migraine.—Chez les enfants issus de souche neuro-arthritique, surtout chez les filles de mères hystériques et sujettes elles-mêmes à la migraine, cette névrose apparaît quelquefois d'assez bonne heure.

Manifestation de l'hystérie précoce, elle sera attaquée dans sa cause (voy. HYSTÉRIE).

En outre, la mauvaise hygiène des enfants riches élevés d'une manière molle, la sédentarité avec veilles, les travaux scolaires, la mauvaise hygiène de la vue (défectueux éclairage, caractères trop fins ou peu nets), d'où l'asthénopie accommodative, sont des causes à rechercher pour y porter remède.

La chlorose, l'impaludisme, la syphilis seront aussi cherchés et, s'ils existent, combattus.

Le mauvais fonctionnement du tube digestif, notamment la dilatation de l'estomac et la constipation, donnent la clef du traitement de bon nombre de céphalées migrainiformes.

La rhinite chronique, l'hypertrophie amygdalienne avec végétations adénoïdes, la dentition défectueuse et la carie sont encore des facteurs de migraine.

D'où les principales indications: hygiène alimentaire et générale régularisée (suppression des veilles, exercice en plein air).

Révulsion locale: stypage, massage, vésicatoires, électricité statique.

Médicaments nervins: antipyrine, quinine, valérianates, bromures; toniques (arsenic, fer); ou les alcalins (chez les arthritiques).

Au moment de l'accès, l'enfant sera tenu dans l'isolement et l'obscurité, à la diète qui sera facilement acceptée, puisqu'à l'ordinaire il y a un état nauséux et souvent des vomissements auxquels on opposera une eau alcaline.

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Dr J. Roca.*

P.—Eau di-tillée d'eucalyptus.....	3 drachmes fl.
Eau de laurier corise	14 gouttes
Hydrate de chloral.....	30 grains
Sirop de belladone	5 drachmes fl.
Sirop de codéine.....	4 “ fl.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

Asthme nerveux.—*Lebert.*

1° P.—Sulfate d'atropine.....	$\frac{1}{2}$ grain
Acide arsénieux	1 “
Muriate de quinine.	60 grains
Extrait de gentiane.....	60 “

M.—Diviser en 60 pilules. *Dose* : Une à quatre pilules par jour

2° P.—Iodure de sodium.....	45 à 60 grains
Acide arsénieux.....	1 grain
Muriate de quinine.....	60 grains
Extrait de gentiane.....	45 “
Racine de guimauve.....	$7\frac{1}{2}$ “

M.—Faire 60 pilules. *Dose* : Une à six par jour. Trois constituent une dose modérée qui peut être augmentée. — *Medicinische Neuigkeiten.*

Névralgie rebelle.

P.—Phosphore	$\frac{1}{4}$ grain
Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{2}$ “
Sulfate de quinine.....	20 grains
Acide arsénieux	1 grain
Extrait d'aloès.....	5 grains

M.—Divisez en 20 pilules. *Dose* : Une pilule après chaque repas.—*Times and Register.*

Cancer du rectum.—*V. Schultz.*

P.—Pyoctanine	1 grain
Opium pulvérisé.....	$1\frac{1}{2}$ “
Beurre de cacao.....	q.s.

Pour un suppositoire. Faire dix suppositoires semblables. Introduire un suppositoire chaque soir, au moment du coucher.—*Semaine médicale.*

Prostatite.—*Ullman.*

P.—Ichthyol.....	7½ grains
Extrait de belladone.....	2 “
Beurre de cacao.....	5 drachmes

M.—Faire 10 suppositoires, dont on introduit 1 ou 2 par jour après une ou deux selles.

Pigmentation de la grossesse.

P.—Oxyde de zinc pur	4 grains
Oxyde jaune de mercure.....	16 “
Huile de ricin.....	} ââ 3½ onces
Beurre de cacao	
Huile essentielle de rose.....	10 gouttes

M.—Application locale deux fois le jour, en laissant l'application du soir toute la nuit.—*British Journal of Dermatology.*

Toux de la rougeole.—*Widerhofer.*

P.—Extrait de jusquiame.....	17½ grains
Eau distillée.....	2 onces + 2 drachmes
Sirup simple.....	2½ drachmes

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les deux heures.—*Revue internationale de Rhinologie.*

Calculs biliaires.

P.—Benzoate de soude.....	} ââ 150 grains
Salicylate de soude	
Rhubarbe en poudre.....	
Noix vomique en poudre.....	3 grains

M.—Divisez en 20 paquets. Dose : Un paquet après chaque repas.—*La Riforma Medica.*

Vin tonique.

P.—Vin de Kola	} ââ
Vin de Quinquina.....	
Vin de Gentiane	
Vin de Colombo	
Liqueur de Fowler.....	10 gouttes.
Teinture de noix vomique.....	5 “

M.—A prendre, aux principaux repas, un verre à Bordeaux de cette solution.—*Bulletin médical.*

Le suicide est-il la suite d'une sorte de faillite morale, de ce que Gayau nomme le sentiment de l'intolérabilité, sentiment qui serait particulier à l'homme?—Je ne le crois pas; je ne l'ai jamais observé.—Je l'ai toujours vu la conséquence d'une faillite intellectuelle, préparée de longue main, ou d'une folie subitement paroxystique.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - J^r A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, MARS 1891.

BULLETIN.

A travers la thérapeutique.

Dans la livraison du 15 février du *Bulletin de thérapeutique*, M. DUJARDIN BEAUMETZ fait un examen critique des traitements du rhumatisme chronique, contre lequel on n'a, malheureusement, dit-il, aucun spécifique. Il ajoute que "ce qui a toujours obscurci cette question du rhumatisme chronique, c'est qu'on a confondu sous ce nom un certain nombre d'affections qui n'avaient de commun que la chronicité, et qu'on a voulu imposer un traitement unique à des affections d'origines différentes." Puis il énumère les trois formes principales, constituant trois groupes de ces maladies:

1^o Le rhumatisme caractérisé essentiellement par la déformation des articulations: rhumatisme déformant, rhumatisme noueux.

2^o Rhumatisme articulaire à marche chronique, succédant à un rhumatisme articulaire franc et entraînant l'impotence des membres atteints.

3^o Les manifestations multiples, à marche chronique, des rhumatisants.

Examina t ensuite ces groupes, M. Beaumetz établit que dans le rhumatisme à déformations, il n'y a pas de rhumatisme articulaire aigu, non plus que de lésion cardiaque, que la maladie frappe les sujets débilités et affaiblis, que sa marche est progressive, et que, une fois la déformation acquise, il n'y a jamais tendance à la guérison, mais au contraire une aggravation progressive de cette déformation.

Puis vient le rhumatisme chronique, suite du rhumatisme articulaire aigu, dans lequel la déformation ne prédomine pas, mais où il se produit de la sécheresse des séreuses articulaires; "les

muscles des articulations atteintes s'atrophient, d'où impotence fonctionnelle plus ou moins accentuée. La maladie marche par bonds; elle rétrocede quelquefois sous l'influence d'une thérapeutique spéciale, pour réapparaître de nouveau, presque toujours précédée d'une poussée aiguë." Ici, fait observer M. Dujardin-Beaumetz, le cœur peut être atteint, et "dans cette évolution où nous voyons, à des améliorations passagères succéder des poussées subaiguës, les articulations peuvent subir des modifications plus ou moins profondes."

Quant au troisième état, celui de l'arthritique ou du rhumatisant, M. Beaumetz signale le fait qu'il n'y a que peu ou pas de manifestations articulaires, mais qu'en revanche on observe des douleurs musculaires, des névralgies multiples, de la dormalgie, des accidents congestifs, "cortège habituel des rhumatisants," dit-il, avec beaucoup d'à-propos, "et qui constituent par leur ensemble un état de mal chronique auquel on a donné le nom de rhumatisme chronique."

Il s'en suit donc qu'à chacun de ces états correspond une thérapeutique spéciale, basée sur un diagnostic précis. "Si le diagnostic est obscur et hésitant, dit M. Beaumetz, la thérapeutique sera aussi incertaine et indécise."

Dans le rhumatisme déformant, le traitement doit s'adresser aux troubles de la nutrition et c'est l'arsenic et les iodures qui, d'après M. Beaumetz, paraissent donner les meilleurs résultats en combattant la dystrophie à laquelle on attribue la cause des lésions articulaires. L'arsenic s'administre sous forme de liqueur de Fowler, d'arséniate de soude, (solution de Pearson) ou d'acide arsénieux. Si les phénomènes douloureux suivent l'emploi de l'arsenic, il faut cesser la médication et revenir à l'iode et aux iodures. Ceux-ci doivent être préférés à l'iode et M. Dujardin-Beaumetz est d'avis qu'il ne faut pas dépasser certaines doses, 1 gramme (15 grains) par jour, étant la dose moyenne à employer. Grasset associe dans ces cas le bromure à l'iode, et les fait alterner avec le chlorure d'or et de sodium.

M. Dujardin-Beaumetz a obtenu, dans les périodes douloureuses du rhumatisme nouveau, de bons résultats de l'emploi de la phénacétine.

À la médication interne il prescrit une hygiène alimentaire spéciale: viandes rôties et saignantes, légumes verts, vins généreux, et diète lactée pendant que le malade est soumis au traitement ioduré. À cela peut s'ajouter le massage, l'électricité et la balnéothérapie.

Dans le rhumatisme chronique, succédant souvent à des poussées de rhumatisme articulaire aigu, ou présentant au cours de la maladie de nouvelles poussées aiguës, M. Dujardin-Beaumetz emploie le salicylate de soude, dans les périodes chroniques, à dose de 1 à 2 grammes (15 à 30 grains) par jour, ou encore l'asaprol.

“ Ce qui constitue essentiellement, d'après M. Beaumetz, la cure de ce rhumatisme chronique, c'est la médication externe : massage, électricité, balnéothérapie.” Il préfère le massage et la balnéothérapie à l'électricité, celle-ci ne s'adressant qu'à l'élément musculaire atrophie.

Quant au régime alimentaire, il recommande un régime mixte dans lequel les légumes entreront pour une grande part et il croit que la trop grande variété des mets, en excitant les fonctions digestives d'une manière exagérée, sont défavorables. Il conseille enfin de faire fonctionner activement les divers émonctoires, et en particulier le tube digestif et les reins : laxatifs et boissons diurétiques, vin blanc et lait.

Dans la troisième forme de rhumatisme chronique dite diathésique, ce sont les eaux thermales et l'hygiène alimentaire. S'il y a des douleurs musculaires et névralgiques, M. Beaumetz emploie à côté du salicylate de soude et de l'asaprol, l'antipyrine et surtout la phénacétine.

Localement, les bains de vapeur, les bains russes et surtout l'hydrothérapie : douche tiède ou même froide, dont on tire un excellent parti dans la cure de la diathèse. Quant aux eaux thermales, M. Dujardin-Beaumetz recommande Plombières, Aix les-bains, Bourbonne-les-bains, Bourbon-Lancy. Il pense que dans cette action des eaux thermales, en général, c'est surtout la température de l'eau qui a un rôle prépondérant.

“ A côté du traitement thermal, dit en terminant M. Beaumetz, il faut placer le régime alimentaire... Il faut, à mon sens, supprimer du régime alimentaire toutes les substances pouvant renfermer des ptomaines toxiques : pas ou peu de gibier, grande réserve sur le poisson, et ne le manger qu'excessivement frais ; plus grande réserve encore pour les mollusques et les crustacés ; prudence extrême avec des champignons, les fromages avancés, les potages maigres, le laitage, les purées de légumes, les fruits. On se rapproche ainsi du régime végétarien dont je suis un des plus chauds partisans, bien entendu au point de vue thérapeutique.”

En résumé : 1° Dans le rhumatisme chronique déformant, traitement s'adressant à la nutrition : arsenic, iodure de potassium, hygiène.

2° Dans le rhumatisme chronique vrai, médication par le salicylate et l'asaprol, et comme traitement prophylactique : massage et hygiène alimentaire.

3° Dans la diathèse rhumatismale, action prépondérante et de la balnéothérapie. Diurétiques, laxatifs, soins de la peau, douches tièdes, froides, bains de vapeur. Eaux thermales. Hygiène alimentaire spéciale. Régime végétarien.

* **

Signalons, parmi les médicaments nouveaux, la *cafféine-chloral*, le *lactate de cocaïne* et le *salocolle*.

La *cafféine-chloral* qui est une combinaison chimique de *cafféine* et de *chloral* à parties à peu près égales, a été employée par le professeur Ewald, de Berlin, contre la constipation habituelle et le rhumatisme articulaire aigu. Des injections hypodermiques de 0.29 à 0.30 centigr. (3 à 5 grains) de *cafféine-chloral* en solution aqueuse, seraient suivies d'une action purgative qui n'aurait fait défaut qu'une seule fois sur 13 cas de constipation.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, la *cafféine-chloral*, toujours par voie hypodermique à dose de 0.40 à 0.90 centigr. (6½ gr. à 14 grs.) par vingt-quatre heures, diminuerait notablement le gonflement et la douleur articulaire. Ce résultat aurait été obtenu sept fois sur huit cas. D'une manière générale, la *cafféine-chloral* serait un calmant dans les cas où il y a irritation du système nerveux périphérique.

La formule préconisée par M. Ewald se lit comme suit :

Cafféine-chloral.....	1.00 grm. (15 grains)
Eau distillée.....	4.00 " (65 min.)

Pour injections hypodermiques. On peut injecter de deux à quatre seringues Pravaz de cette solution dans les vingt-quatre heures.

Ces injections ne seraient habituellement pas douloureuses. Cependant il est dit que chez quelques malades, elles provoqueraient une sensation légère de cuisson.

Le *lactate de cocaïne* est un corps de consistance sirupeuse que nous devons à un autre médecin Allemand, M. le Dr WITZACK, qui s'en est servi avec avantage dans le traitement de la cystite tuberculeuse, pour atténuer la douleur provoquée par les applications d'acide lactique sur la muqueuse vésicale. La formule qu'il a employée est la suivante :

Lactate de cocaïne.....	1 gramme (15 grains)
Acide lactique.....	} à 5 grammes (80 minimes)
Eau distillée.....	

M.—Usage externe.

La vessie ayant été préalablement vidée de l'urine qu'elle contient, on applique sur les points malades de la muqueuse environ 1 gramme (15 minimes) de la solution ci-dessus formulée. Ces applications sont répétées deux fois par semaine.

On désigne sous le nom de *salocolle* le *salicylate de phénocolle*, qui aurait les mêmes propriétés antithermiques, analgésiques et antirhumatismales que le *chlorhydrate de phénocolle*. Cependant le *salocolle*, moins soluble que le *chlorhydrate*, serait exempt de quelques-uns des effets défavorables produits par ce dernier: collapsus, sueurs. D'après quelques essais thérapeutiques, la dose serait de 1 à 2 grammes (15 à 30 grains) répétée plusieurs fois par jour.

Un remède qui va bien faire plaisir aux femmes en train d'accoucher, est tout simplement le sucre. Oui, le sucre ! N'est ce pas que ça va être agréable de prendre 1 once de sucre au lieu d'une dose d'ergotine, car le sucre a, paraît il, pour effet de faciliter et provoquer la contraction utérine à la période d'expulsion. Ce sont trois médecins italiens, les docteurs U. MASSO, professeur de matière médicale et de pharmacologie à la Faculté de médecine de Gênes, L. BOSSI, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à la même Faculté, et L. PAOLETTI qui ont eu l'idée d'administrer le sucre dans les cas de faiblesse des contractions utérines survenant durant le travail. Le professeur Bossi a trouvé que cette substance, autant qu'on en peut conclure d'après le petit nombre de faits observés jusqu'ici, paraît être un bon excitant des contractions de l'utérus, tout en étant exempte des inconvénients de l'ergot de seigle et de ses préparations.

Dans onze cas d'inertie utérine au cours de l'accouchement, 1 once de sucre dissout dans 8 onces d'eau a été administrée aux parturientes, et chez dix d'entre elles a produit sur les contractions de l'utérus un effet des plus favorables. Cette action ecbolique du sucre s'est fait sentir au bout de 25 à 45 minutes et, dans nombre de cas, s'est prolongée suffisamment pour amener l'expulsion de l'enfant. D'autres fois il a fallu administrer une seconde dose de 1 once de sucre, une heure après la première, pour voir se terminer l'accouchement.

Les contractions provoquées par l'injection de sucre ont toujours présenté une régularité parfaite et n'ont jamais été de nature tétanique.

Puissent ces faits être confirmés par l'expérience !

* * *

Le Dr Karl HOCHHALT, au cours d'un article publié dans le *Centrallblatt für Therapie*, émet l'avis que la principale indication dans la phthisie pulmonaire est de contrôler le mouvement fébrile. Il condamne l'administration des nouveaux antipyrétiques, attendu qu'ils diminuent l'énergie du cœur, et n'influencent la fièvre que d'une façon symptomatique, la fièvre revenant aussi forte qu'avant aussitôt qu'on discontinue l'emploi de ces substances. Pour contrôler la fièvre effectivement et rationnellement, il recommande l'emploi, si souvent proposé naguère, puis rejeté, de l'arsenic, et donne le résultat de l'expérience qu'il en a eu dans cinquante cas où se sont montrés l'augmentation de l'appétit, l'augmentation du poids du corps et l'amélioration évidente de la fièvre hectique. Il ne croit pas qu'il exerce aucune influence sur le processus tuberculeux dans le poumon, sauf dans le catarrhe aigu du sommet à son début. Il administre la solution de Fowler, commençant par la dose de une à deux gouttes par jour, et augmentant d'une goutte par jour jusqu'à concurrence de cinq ou six gouttes, alors qu'il ne donne plus cette dose que tous les deux jours, et cela, jusqu'au jour où il en est arrivé à la dose de dix gouttes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VARIOT.—*Journal de Clinique et de Thérapeutique Infantile*, paraissant tous les jeudis. Rédacteur en chef: Dr G. VARIOT, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital des Enfants Malades.

On s'abonne sans frais à l'*Union médicale du Canada*. Le prix de notre abonnement est de 12 francs. Sur chaque abonnement que vous nous transmettez, il vous sera alloué une remise de 40 p. c.

FÉRÉ — *La famille nevropathique, théorie terabologique de l'hérédité et de la prédisposition morbide et de la dégénérescence*, par le Dr Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, 25 figures dans le texte, 1894. Chez Félix Alcan, éditeur, 108 Boulevard St-Germain, Paris.

ABBE — *Sarcoma of the kidney; its operative treatment*, by Robert ABBE, M.D., surgeon to St. Luke's Hospital. Reprinted from "Annals of Surgery," Jan. 1894.

ABBE — *The surgery of the hands*, by Robert ABBE, M.D., surgeon to St. Luke's Hospital. Reprinted from the "N. Y. Medical Journal," 1894.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'alcoolisme en Prusse.—D'après le *Hamburger Freisinniger Zeitung*, il y a eu en Prusse, dans l'espace d'un an, 1,200 individus qui sont morts de *delirium tremens* et 500 qui se sont suicidés à la suite d'ivresse.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.—Le programme des examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine reste encore, pour cette année, celui que nous avons publié dans notre livraison de décembre 1893, sous la signature de M. le Dr A. G. Belleau, secrétaire pour Québec. Ces examens préliminaires se feront, cette année, à Montréal, dans la dernière semaine de juin et le Bureau provincial de médecine se réunira à Montréal, le premier mercredi de juillet.

Nombre de medecins à Paris.—D'après une statistique récemment dressée par la préfecture de police, il y a à Paris 2,208 médecins. C'est donc à peu près un médecin par 1,000 habitants.

D'après les adresses fournies par ces médecins, le nombre des praticiens est bien plus grand dans les quartiers riches que dans les quartiers pauvres.

Ce que content les études medicales en Angleterre.—On estime au chiffre de 587 à 736 livres sterling (soit environ 15 à 18,000 fr.) les frais causés à un étudiant en médecine de Londres par les études de médecine dont la durée est de cinq ans. Le prix du diplôme est de 26 livres sterling, soit environ 350 francs.

Le collège royal des chirurgiens a reçu en 1892 pour droits d'examens et diplômes, permettant d'exercer dans toute la Grande-Bretagne, une somme de 2,000 livres sterling (50,500 fr. environ).

Nécrologie.—CANADA.—A Farnham, le 21 février 1894, M. le Docteur Auguste LÉTOURNEAU, ci-devant de Southbridge, Mass.—A Joliette, M. le Docteur Victor COTÉ.—A Sorel, M. le docteur D. BONDY.

ETRANGER.—A Berlin, M. le Docteur Aug. HIRSCH, professeur de pathologie spéciale et d'histoire de la médecine à la Faculté de médecine de Berlin.—A Paris, M. Edmond FRÉMY, professeur et directeur du *Muséum d'histoire naturelle* et universellement connu par ses travaux en chimie.

Statistique medecale.—Le nombre des médecins en Allemagne s'est élevé, pendant l'année dernière, de 20,500 à 21,621, ce qui représente une augmentation de 5,5 p.c. L'accroissement est encore relativement plus considérable à Berlin. En 1892 on y comptait 1,636 médecins et, à la fin de 1893, on en compte 1,799, ce qui fait un accroissement de 163, soit 10 p.c.

Il existe en Allemagne 915 dentistes diplômés dont 166 à Berlin. Le nombre de pharmaciens s'élève aujourd'hui en Allemagne à 4,988, soit environ un pour 10,000 habitants.

Il y a à Berlin 84 hôpitaux contenant approximativement 9,900 lits, ce qui fait à peu près 57 lits pour 10,000 habitants.

Je n'ai jamais hésité de porter sur le bulletin de décès d'un suicidé, la mention : manie ou délire aigu, étant fermement persuadé que la folie, pour passagère qu'on la suppose, existe toujours au moment du crime. Du reste, mon enquête m'a toujours fait découvrir une tare héréditaire ou personnelle : tous les suicidés sont des cérébraux. Les misères physiques les plus intenses ne suffisent pas seules à pousser invinciblement au suicide. Elles en font naître l'idée, et pour l'accomplir il faut que viennent s'y ajouter les tortures intellectuelles exaspérées, à un moment donné, jusqu'à l'affolement. La vie vaut à peine qu'on la vive, mais elle vaut encore moins qu'on la quitte de propos délibéré.