

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

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

VOL. IV.

MONTRÉAL, MAI 1890.

No 5.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Quelques notes sur le Jaborandi

Par M. le Dr L. A. DEMERS, Professeur de Pathologie Interne à l'Ecole
de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

En mettant un peu d'ordre parmi mes cahiers de notes, je suis tombé sur ces quelques lignes d'étude sur le Jaborandi. Je les ai relues avec plaisir et bénéfice pour mes patients. J'ai crû que vous pourriez leur trouver une place dans la *Gazette Médicale*.

Le Jaborandi contribue à pallier un symptôme commun à plusieurs affections, et, en provoquant l'action énergique et rapide de certaines structures, il soulage plusieurs états morbides.

Une dose maximum de Jaborandi provoque une diaphorèse copieuse et continue, accompagnée d'une salivation très-abondante. Avant cette transpiration il y a une sensation générale de chaleur, le visage est légèrement animé. Durant les effets physiologiques de ce médicament il y a un abaissement de la température et une accélération du pouls de dix à trente pulsations à la minute. Quand la transpiration et la salivation ont cessé, le malade tombe invariablement dans un sommeil calme, s'éveille plus tard, reposé et en appétit.

Quelquefois il y a un hoquet, des nausées et des vomissements, diarrhée et trouble de la vision, dûs peut-être à une dose excessive, un repas trop rapproché, et à la déglutition de la salive.

Les enfants semblent être plus ou moins réfractaires aux effets du Jaborandi.

INDICATIONS.

Le Jaborandi à des effets analogues aux effets du bain turc ; de là ses avantages précieux dans le rhumatisme, l'anasarque cardiaque ou rénal ; dans la bronchite chronique, l'emphysème, l'albuminurie, le diabète.

DOSE.

Une infusion de feuilles (ʒj pour ʒ iij) représente la dose ordinaire du Jaborandi. Un grain de pilocarpine (principe actif du Jaborandi) représente ʒj de l'extrait fluide. Administré par le rectum les effets sont aussi certains.

L'atropine en injection hypodermique (1-100 de grain) arrêtera et préviendra la diaphorèse.

D'après Bartholow on pourrait classer le Jaborandi avec le tabac, l'aconit et le veratrum, agents qui dépriment d'après lui les fonctions motrices de la corde spinale (moelle épinière) et du grand sympathique.

Le *Journal de Clinique Médicale* de Berlin 1877, est d'opinion que les symptômes provoqués par le Jaborandi indiquent un relâchement du système artériel, et leur apparition rapide, serait une preuve de son action sur les nerfs vaso-moteurs de ces vaisseaux.

Dans l'épanchement pleurétique, on a vu un drachme de Jaborandi répété 4 fois, réussir, quand tout autre médication, interne et externe par vésication était restée nulle.

Chez un patient âgé de 30 ans, affecté de dégénérescence graisseuse du cœur, avec infiltration considérable, dix gouttes d'extrait fluide de Jaborandi, avec infusion de digitale, citrate de fer et quinine, ont fait disparaître l'épanchement. Le *Medical Record* (1876) cite un cas de maladie de Bright dans lequel un drachme d'extrait fluide de Jaborandi provoqua une abondante diaphorèse, et, vingt-deux onces de salive, dans les vingt-quatre heures.

Il est très puissant contre les dangers de l'urémie.

Dans le diabète, sous les effets du Jaborandi l'urine diminuera de trois cents onces à cent vingt onces (Lancet, 1875).

Messieurs Robin et Gubler ont employé le Jaborandi contre le rhumatisme articulaire aigu, et le jour suivant il y avait un abaissement notable de la température et les douleurs étaient considérablement diminuées. Le Dr Wadlock dit avoir guéri, radicalement, en six jours, un cas de rhumatisme aigu (*Med. and Surg. Reports* 1877).

ASTHME.

Le Dr Gubler réussit à arrêter cinq cas d'asthme, aussitôt que les effets diaphorétiques et sialagogues du Jaborandi se firent sentir.

(*Journal de Thérapeutique* 1875.)

TÉTANOS.

Un cas de tétanos, suivant l'ablation du sein, fut traité avec succès par le Jaborandi ; tout symptôme disparut avec la diaphorèse et la salivation (*London Med. Rec.* 1876).

INFLUENZA.

Dans les cas sévères, avec céphalalgie violente, le Jaborandi par ses effets diaphorétiques et sialagogues, soulage les symptômes et en abrège la durée (*Journal de Thérapeutique*, 1875).

GALACTAGOGUE.

Les propriétés du Jaborandi ont été utilisées pour provoquer et entretenir la sécrétion des glandes mammaires. Le *British Medical Journal* 1876 reproduit le fait du Dr Wills qui administra le Jaborandi à une jeune femme dont le lait était tari dès la quatrième journée après sa délivrance. A la deuxième dose de Jaborandi, le lait reparut et la sécrétion continua, abondante, et très nutritive.

Les recherches des Drs Tyson et Bowen de Philadelphie, semblent prouver que la quantité d'urée excrétée est augmentée par le Jaborandi, et qu'une certaine quantité est rejetée par la transpiration. De là l'indication de l'emploi de ce médicament dans l'insuffisance rénale, lorsqu'il y a danger d'accumulation d'urée dans le sang.

Lorsque la peau est chaude et sèche, la bouche sèche et fuligineuse, le pouls plein et fort, sans être très rapide, lorsqu'il y a en même temps insomnie et agitation, le Jaborandi rend de grands services.

Mais il est bon de rappeler ici qu'il faudra employer le Jaborandi avec réserve, quand l'action du cœur est faible.

Les mêmes précautions devront être prises quand on prescrira le Jaborandi chez les enfants.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement général des maladies du foie.

PAR PAUL CHÉRON.

Placé sur le trajet de la veine-porte, le foie reçoit une grande partie des substances absorbées dans l'intestin, les élabore, les retient, les transforme pour les livrer ensuite à l'organisme ou les employer à fabriquer la bile ; c'est une sorte de laboratoire où se forment les

produits de la désassimilation azotée ; enfin, par suite de ces fonctions hématopoétiques, son rôle dans l'ensemble de la nutrition est considérable.

Tous ces faits, qui nous sont connus, doivent servir de base pour l'établissement d'une thérapeutique rationnelle des maladies de l'organe hépatique.

Il conviendra donc :

1^o. De ne fournir au foie malade que la moins grande quantité possible de substances à élaborer, et de réduire au minimum la quantité des poisons intestinaux qu'il doit arrêter et transformer ;

2^o De faciliter l'élimination des déchets organiques qui se forment malgré l'alimentation judicieuse et résultent du fonctionnement même de nos organes ;

3^o De favoriser, autant que possible, les fonctions de ce qui reste du foie et d'agir, si on le peut, sur la cause elle-même de la maladie ou sur les lésions qu'elle engendre ;

4^o. D'améliorer la nutrition par tous les moyens possibles.

Examinons maintenant chacune de ces indications.

I.—*Primo non nocere*. Telle doit être la devise du médecin en face d'un hépatique.

Dans les cas ordinaires, dans l'ictère catarrhal simple, dans la lithiase biliaire même, il suffit de simples prescriptions diététiques faciles à formuler. Abstention de spiritueux et d'aliments excitants, peu de farineux, de corps gras et de substances sucrées, nourriture composée surtout de viandes blanches, rôties ou grillées et de légumes verts, telles sont les bases du régime.

Mais, dans les cas plus graves, dans les cirrhoses, dans les congestions internes, quelle que soit leur origine, il faut de toute nécessité recourir à un aliment qui réduise au minimum le travail de la glande ; cet aliment, c'est *le lait*.

Dans ces dernières années, le régime lacté a permis de revenir sur le pronostic fatal des cirrhoses alcooliques ; il a permis de prolonger des années certaines formes de cirrhoses hypertrophiques compromettant presque entièrement le fonctionnement du foie.

Cependant, le lait ne doit pas être prescrit d'une façon banale, et, sans entrer dans les considérations spéciales qui doivent être étudiées isolément pour chacune des maladies du foie, il convient de dire de quelle manière il faut appliquer le régime lacté.

Il devra tout d'abord être intégral ; l'alimentation lactée non exclusive, quelque petite que soit la quantité d'aliments ordinaires permise, n'est pas comparable, comme bons effets, à l'alimentation lactée pure. La quantité donnée chaque jour devant suffire pour l'entretien de l'in-

dividu, elle atteindra par conséquent deux pintes et demi au moins pour un adulte séjournant au lit, cette quantité n'étant, du reste, qu'un minimum. Le lait sera pris à des heures régulières, de façon à former de véritables repas, et il faudra que le malade absorbe son bol peu à peu et non d'un seul trait. Dans ces conditions, en effet, le lait ne se coagule pas en bloc sur l'estomac et le malade le digère bien plus facilement. Bien souvent, le patient éprouve du dégoût pour le lait ; on pourra le faire tiédir, y ajouter quelques gouttes d'une essence aromatique telle que celle d'anis. Mais il faudra éviter d'y mettre de l'alcool (rhum, kirsch) et de le sucrer. Dans le premier cas, en effet, on irriterait l'organe, tandis que, dans le second, on accroîtrait son travail. La constipation que détermine parfois ce régime sera facilement combattue par la magnésie ou la rhubarbe ; la diarrhée, par l'eau de chaux, l'eau de Vichy, le bismuth.

Mais, pour que le lait agisse, il faut qu'il puisse être absorbé ; il faudra donc, d'une part, que la circulation-porte soit encore possible ; d'autre part, qu'un épanchement liquide dans l'abdomen ne comprime pas à l'extrême les radicules veineuses ou lymphatiques. C'est dire qu'il n'agira pas dans les cirrhoses trop avancées, c'est dire aussi qu'il conviendra de ponctionner les ascites trop abondantes.

Le lait a une utilité incontestable dans le traitement des affections hépatiques, parce qu'il répond à plusieurs des indications que nous avons développées plus haut. Il n'irrite pas le foie, réduit au minimum la fabrication des poisons intestinaux, et enfin facilite la diurèse, et, par conséquent, l'élimination des déchets que sa digestion fournit au minimum.

Cependant, même dans les cirrhoses, certains médecins ne le prescrivent pas d'une manière exclusive, et le professeur Bouchard, par exemple, permet l'emploi des œufs. Nous pensons, quant à nous, que, comme il peut suffire à l'alimentation du malade, il faudrait l'administrer exclusivement, quitte, si l'on rencontre trop de répugnance, à répéter la parole de Chrétien : " Le lait ou la mort."

Les poisons intestinaux irritent le foie déjà malade, car souvent, dans les affections hépatiques, la bile, qui contribue sinon à empêcher les putréfactions, au moins à mener à bien les actes digestifs sans les laisser dévier vers les fermentations anormales, fait défaut d'une manière absolue ou relative. Il en résulte une grande fétidité du contenu du tube digestif, fétidité qu'il importe de combattre par les pratiques de l'antisepsie intestinale, telles que a tracées le professeur Bouchard

Les antiseptiques que ces recherches l'ont conduit à préconiser sont des antiseptiques insolubles dont les principaux sont l'iodeforme, le

charbon, le naphthol, la naphthaline. L'iodoforme et la naphthaline doivent être écartés à cause de leurs propriétés toxiques, et actuellement, on doit employer le naphthol, le charbon, le salicylate de bismuth. Comme résultat, on observe une grande diminution du nombre des microbes contenus dans les matières fécales qui deviennent très peu toxiques, et, par conséquent, contiennent très peu d'alcaloïdes.

L'antisepsie intestinale devra être mise en œuvre non seulement dans les maladies graves du foie telles que les cirrhoses, mais encore dans toutes les hépatites, dans les fièvres graves qui s'accompagnent, comme on sait, d'altérations profondes dans la structure de l'organe.

Antisepsie intestinale et régime lacté, tels sont donc les moyens à l'aide desquels nous remplissons la première indication.

II.—Le type de l'urine hépatique est une urine rare, fortement colorée, renfermant fréquemment du pigment biliaire en quantité variable, laissant déposer un abondant sédiment souvent très coloré, contenant peu d'urée et beaucoup d'acide urique. Souvent, nous l'avons vu, la quantité devient très minime, manifestement insuffisante pour entraîner au dehors les déchets de désassimilation, en général très peu solubles.

Il suit de ces considérations que l'emploi des diurétiques est absolument indiqué dans un grand nombre des maladies du foie.

En tête de cet ordre de médicaments, on doit placer le calomel. Le professeur Bouchard en donne $\frac{1}{2}$ grain par jour, tandis que Huchard préfère administrer tous les quinze jours quatre paquets de 4 grains pendant un jour. On éviterait ainsi d'une façon plus certaine la stomatite mercurielle.

L'emploi du calomel comme diurétique a été indiqué pour la première fois par Jendrassik en 1886. Depuis, il a été expérimenté, surtout dans les hydrosies d'origine cardiaque, par un grand nombre de médecins.

Il est utile dans les affections du foie à divers titres, bien qu'il ne soit pas cholagogue, le fait est prouvé maintenant. Il agit, en effet, comme diurétique, comme purgatif souvent, et enfin comme antiseptique intestinal. Les phénomènes gastro-intestinaux, si fréquents dans les maladies du foie et des voies biliaires, sont efficacement combattus par lui. Dans la cirrhose hypertrophique, dans la cholélithiase ancienne grave, Sacchajirin, Nothnagel et Rossbach en ont retiré de bons effets.

Schwass s'est très bien trouvé de l'association de la digitale et du calomel; toutes les trois heures, il fait prendre 1 grain de la première, mélangé à 2 grains du second.

Plusieurs points sont à retenir, quand on administre le calomel. L'effet diurétique ne se produit qu'à partir du deuxième jour au plus

tôt, quelquefois le troisième ou le quatrième ; les effets purgatifs et diurétiques se balancent, l'hydrargyrisme se produit parfois malgré toutes les précautions. Parmi ces dernières, il faut citer les gargarismes préventifs au chlorate de potasse, l'addition de 1/5 grains d'opium à chaque prise de calomel. Les phénomènes toxiques seront surtout à redouter quand il y aura une altération du rein,

Les autres préparations de mercure, quoique moins employées, sont aussi diurétiques et c'est ainsi que les Anglais se servent souvent des pilules bleues dans les maladies du foie.

Millard préconise aussi les diurétiques ; il emploie à la fois le nitrate de potasse, l'acétate de potasse, l'oxymel scillitique, le sirop des cinq racines.

Dans l'emploi des diurétiques, comme dans celui, du lait, il faudra songer à faciliter l'absorption en ponctionnant, s'il y a lieu, l'épanchement ascitique.

Est-il possible de venir en aide à la dépuration en recourant à l'émonctoire intestinal ?

Les purgatifs ont été beaucoup préconisés dans les affections hépatiques. D'abord un certain nombre d'entr'eux étaient regardés comme cholagogues. D'après les expériences de Prévost et Binet, un seul aurait cette propriété, l'évonymin. La sulfate de soude, le sel de Carisbad, l'alcé-, la rhubarbe, n'amènent qu'une augmentation légère ou douteuse, inconstante au moins. Cette action étant donc laissée de côté, il faut admettre que les purgatifs n'agissent que contre les troubles des voies digestives, qu'ils contribuent à combattre ces troubles si fréquents. Peut être y aurait-il dans certains cas, non une exagération de la sécrétion biliaire, mais une plus grande facilité dans son excrétion. La suppression du catarrhe des voies biliaires, l'expulsion de bouchons muqueux, pourraient favoriser l'écoulement (Kohler).

Les purgatifs à action intense, les drastiques, ne seront à employer que quand le rein sera malade et que l'on sera contraint de provoquer à tout prix des éliminations.

Habituellement il faudra, du reste, toujours veiller à entretenir la liberté du ventre dans les affections du foie. Les lavements froids sont, pour cela, un bon moyen.

III.—Pour favoriser la nutrition intime des organes, nous possédons un excellent médicament, l'iodure de potassium.

Les dernières expériences du professeur Sée ont achevé de le prouver, l'iodure de potassium est un vaso-dilatateur énergique, il facilite, par conséquent, la circulation et l'afflux sanguin, il entretient, exagère la nutrition intime et doit rendre aux éléments du foie qui sont conservés leur maximum d'effet utile.

Quant à son action sur les scléroses adultes, elle est fort problématique, et on ne pourra guère espérer avoir un résultat de ce côté que quand il s'agit de formations conjonctives jeunes (Lancereaux) On peut encore tenter d'agir directement sur la glande hépatique par l'emploi des révulsifs.

Ces révulsifs, vésicatoires, teinture d'iode, cautères, pointes de feu, seront appliqués sur la région de l'hypochondre droit. Dujardin-Beaumez a obtenu de bons résultats de l'emploi des vésicatoires.

Il est évident que les révulsifs sont surtout applicables quand il s'agit d'un élément inflammatoire récent. C'est ainsi qu'ils peuvent être utiles dans les engorgements hépatiques des pays chauds qui sont si souvent prémonitoires de l'abcès, dans les cirrhoses à gros foie ayant débuté depuis peu de temps.

On doit être très sobre d'émissions sanguines dans les affections du foie; il est inutile, en effet, de débilitier un malade qui aura souvent fort à faire pour résister à sa maladie. Tout au plus pourra-t-on les employer au début ou dans les recrudescences aiguës de l'hépatite suppurative et encore sous forme de saignées locales pratiquées à l'aide des ventouses scarifiées ou des sangsues.

Il faut l'avouer, le traitement direct des lésions du foie est fort peu avancé; nous pouvons supprimer la cause de la maladie, nous pouvons ne pas l'empêcher de guérir, nous pouvons encore exalter, pour ainsi dire, les fonctions des parties du foie restées intactes, mais contre la lésion elle-même l'arsenal thérapeutique médical est presque impuissant.

Il n'en est pas de même dans bien des cas de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien, armé du bistouri, va chercher dans la profondeur de l'organe la collection purulente, la tumeur hydatique dont le médecin a reconnu l'existence. Il les traite par ses méthodes propres et les guérit. Dans la cholélithiase elle-même, ou plutôt dans certaines de ses complications, il arrive souvent que la chirurgie seule peut espérer sauver le malade.

Il en est donc des maladies du foie comme de celles de la plèvre; pour les traiter, le médecin digne de ce nom doit se doubler d'un chirurgien et savoir intervenir à temps. Bien souvent le salut de son malade dépend de son intervention opportune.

IV.—La dernière médication qui nous reste à remplir en face d'un hépatique est d'améliorer sa nutrition toujours languissante. L'emploi des toniques est presque toujours rationnel; parmi les préparations de fer, de quinquina, on choisira celles qui seront le plus facilement supportées par des voies digestives toujours à ménager.

Les pratiques hydrothérapeutiques seront utiles dans beaucoup de cas

Elles seront surtout dirigées contre les congestions chroniques du foie qui succèdent à l'impaludisme, au séjour dans les pays chauds et qui se voient aussi dans la lithiase biliaire, dans la goutte, etc.

Fleury a recommandé de diriger pendant dix secondes à une minute sur la région hépatique une douche en jet à forte pression et peu ou pas brisée. Auparavant on douche rapidement le corps entier avec de l'eau froide, puis on termine par une douche à épingle sur l'épigastre et de l'eau chaude aux pieds (Delma).

Ainsi qu'on l'a fait remarquer, la formule de Fleury est trop absolue. Il convient donc de mettre en œuvre le traitement en le variant selon les cas et de bien savoir que l'on a ainsi entre les mains un moyen puissant pour combattre la déchéance générale de la nutrition.

Ceci nous amène à parler de l'emploi des eaux minérales dans la cure des affections hépatiques. Les eaux bicarbonatées sodiques chaudes ont depuis longtemps une réputation justifiée quand il s'agit de traiter des gros foies atteints de congestion chronique ou de lithiase biliaire. Comment agissent-elles? comment agissent les alcalins? C'est là un problème qui est loin d'être résolu. Il est certain toujours que ce n'est pas en activant la destruction des globules, comme le croyait Trousseau, car la cachexie alcaline n'existe pas. Il est probable que l'amélioration des actes digestifs, l'action purgative qui se produit souvent et est la règle pour certaines eaux, ont une part à revendiquer dans les causes du succès final, mais il est certain que peu d'eaux minérales donnent les mêmes résultats que les eaux bicarbonatées sodiques, et qu'il y a là quelque chose qui nous est encore inconnu.

(*La Clinique.*)

Action de la teinture d'iode contre le vomissement.

Par M. François CARTIER, interne des hôpitaux.

J'ai recueilli, dans le service de M. le docteur Roques, à l'hôpital Tenon, et sous sa bienveillante direction, 19 observations de malades atteints de vomissements de causes diverses et traités par la teinture d'iode à l'intérieur.

Certes, le sujet n'est pas nouveau. La teinture d'iode a été employée à l'intérieur par différents médecins : Lasègue en recommandait l'emploi contre les vomissements de la grossesse, et le docteur Ollé en fit le sujet de sa thèse en 1878 (*De la dyspepsie et son traitement par la teinture d'iode*). Néanmoins son usage est quelque peu délaissé aujourd'hui, peut-être à cause des accidents iodiques qu'elle détermine quelque fois, mais l'action de ce médicament nous paraît si manifeste dans certains cas qu'il n'est pas sans intérêt de résumer ici les quelques observations que j'ai prises.

Parmi elles, 11 portent sur des sujets tuberculeux, 6 hommes et 5 femmes. Lorsque le malade n'est pas à une période trop avancée de la maladie, dans les cas de dyspepsie du début de la tuberculose, la teinture d'iode peut donner de bons résultats ; nous en avons observé un exemple bien net.

Dans les cas plus avancés, deuxième et troisième période, nous relevons trois observations concluantes chez des sujets qui vomissaient déjà depuis un à deux mois ; chez eux, les vomissements cessèrent tout le temps qu'on administra le médicament. Dans 5 cas de tuberculose avancée avec caverne, les vomissements continuèrent, mais beaucoup moins fréquents, cessant pendant des périodes de quatre à six jours, reparaissant avec une augmentation de la toux et toujours à la suite d'une violente quinte. Dans d'autres cas, des malades vomissant auparavant plusieurs fois par jour avouaient que le jour où ils prenaient de la teinture d'iode ils avaient des nausées, mais que le remède les empêchait de vomir. Enfin, une seule fois, nous avons suspendu le médicament chez un tuberculeux qui prétendait ne pouvoir le supporter.

Chez une femme âgée de 59 ans, Marie D..., atteinte de dilatation bronchique et qui fut emportée plus tard par une poussée granuleuse (faits vérifiés à l'autopsie), nous prescrivîmes le remède avant l'état cachectique confirmé ; elle vomissait, depuis trois semaines, régulièrement tous les jours aux principaux repas. Dès le premier jour de l'usage de la teinture d'iode, elle ne vomit plus : pendant huit jours, du 10 au 18 mars 1889, elle continua le médicament et fut complètement guérie de ce symptôme sans présenter d'accidents d'iodisme.

En dehors de la tuberculose, dans certains cas de vomissements réflexes ou liés à une maladie de l'estomac, l'action de la teinture d'iode est plus évidente encore. Un malade atteint de rétrécissement de l'œsophage de nature cancéreuse, Alexis B..., âgé de 58 ans, nous racontait qu'il vomissait sûrement cinq ou six minutes après l'ingestion d'aliments solides, viandes ou légumes, même de la bouillie de pommes de terres. Nous lui avons donné la teinture d'iode à la dose de 10 gouttes par jour : il ne rendit pas le degré de nourriture qu'il avait à l'hôpital, consistant en un peu de viande et de légumes variés. Le 16 avril, il vomit des morceaux de viandes mal mâchés ; il continue pendant quelques jours le traitement sans vomissements, sauf quelques régurgitations glaireuses ; mais il est atteint d'un coryza iodique, et sort sur sa demande. Ajoutons qu'après son repas, il prenait le médicament sans dégoût ni douleur. C'est donc un résultat qui mérite d'être signalé, puisque le malade a pu s'alimenter convenablement pendant son séjour à l'hôpital. Cette cessation du vomissement aurait pu coïncider avec un agrandissement du calibre de l'œsophage à la suite d'une

légère débâcle cancéreuse, mais nous n'avons pu, à aucun moment, faire passer de sondes à boucles olivaires au delà du rétrécissement.

L'action de la teinture d'iode paraît surtout utile contre les vomissements liés à la gastrite alcoolique, ulcéreuse ou non, à l'ulcère simple, à la grossesse, à la chlorose ; peut-être il aurait-il lieu de l'employer contre les vomissements qui accompagnent quelquefois la convalescence de la fièvre typhoïde, et qui ont, dans ce cas particulier, une gravité exceptionnelle, en ce sens qu'ils s'opposent à la réparation de l'organisme. Quoi qu'il en soit, dans un certain nombre de faits où les vomissements étaient pour ainsi dire incoercibles, la teinture d'iode nous a donné de bons résultats.

Récemment nous avons eu un exemple de ce genre chez une jeune fille, Amélie L..., âgée de 19 ans, entrée le 19 septembre, salle Colin. Depuis deux mois, elle vomit à chaque repas. Néanmoins sa santé n'est pas altérée ; elle a de l'embonpoint et des couleurs. Pas de douleur à l'épigastre, pas de symptômes d'ulcération gastrique, pas de dilatation de l'estomac ; point d'albumine dans les urines ; rien au cœur, rien aux poumons ; pas de stigmates d'hystérie. A son entrée à l'hôpital, la malade a un retard de deux mois dans ses règles, et de trois mois lorsqu'elle nous quitte. Cette suppression des règles, ces vomissements avec conservation de la santé, et surtout la facilité avec laquelle elle mange après avoir vomi, un léger ramollissement du col utérin, nous font soupçonner un commencement de grossesse. Mise en observation le jour de son entrée, elle vomit même son potage. Nous lui prescrivons, pendant quatre jours, 10 gouttes de teinture d'iode avec un degré de nourriture le premier jour et deux degrés les jours suivants. Elle ne prend rien d'autre, même pas d'eau de Seltz. Elle n'a aucun vomissement pendant ces quatre jours. Nous supprimons la teinture d'iode les deux jours suivants, elle vomit. Nous lui redonnons de la teinture d'iode pendant six jours consécutifs, elle vomit une fois seulement, et, ce jour-là, elle se plaint d'une violente douleur de tête et de constipation. A partir du 1^{er} octobre, nous supprimons la teinture d'iode, et jusqu'au 18 octobre, jour où elle nous a quittés, elle n'a pas eu de vomissements.

Une autre observation de ce genre appartient également à une jeune fille, D..., âgée de 20 ans, chloro-anémique, sans soupçons de grossesse, qui vomissait après ses repas depuis un mois ; elle se sentait faible et avait perdu l'appétit. Pendant huit jours consécutifs, elle subit le traitement ; les vomissements ayant cessé pendant cette période, on supprima la teinture d'iode et les vomissements ne reparurent pas.

Un cas plus compliqué s'est présenté à nous pendant le mois d'octobre dernier. Il s'agissait d'un homme âgé de 48 ans, présentant

des symptômes de gastrite rebelle. Fils d'un cabaretier du Nord, il avait fait excès de boisson étant jeune, et est actuellement athéromateux. Il y a trois ans, il était atteint d'un psoriasis qui a été traité à Saint-Louis. Ce psoriasis disparut, et le malade raconte qu'à partir de ce moment, il ressentit ses premières douleurs d'estomac et se mit à vomir. Il y a trois mois, il eut deux garde robes noires comme de la poix, et ne buvait à ce moment que du lait. Il a maigri beaucoup et a perdu l'appétit. Il se plaint d'une douleur vive entre les deux épaules, qui revient par crise ; la palpation du ventre indique un point douloureux au-dessus de l'appendice xiphôïde. Depuis trois mois, il vomit tous les jours, et quelquefois cinq à six fois par jour. Le 18 octobre, jour de son entrée, il a vomi quatre fois. En présence de la douleur vive qu'il accusait, on lui administra, dès le début 1 gramme de cocaïne avec le régime lacté intégral. La douleur et les vomissements persistent et résistent aussi à l'usage de l'extrait thébaïque à haute dose. Le 24 octobre, le malade prend 10 gouttes de teinture d'iode et ne vomit pas. Le 25 octobre, pas de vomissement, mais il accuse toujours une vive douleur entre les deux épaules. A partir de ce jour, il a deux potions, l'une de teinture d'iode, l'autre de cocaïne, et enfin du bicarbonate de soude. Depuis le 25 octobre jusqu'au 1^{er} novembre, les vomissements n'ont pas reparu sous l'influence du traitement, mais la douleur, un peu moins vive, persiste encore. Le 1^{er} novembre, nous supprimons la teinture d'iode, car il ne vomit plus. La douleur diminue graduellement ; le 8 novembre, elle est presque disparue. Le sujet n'est pas hystérique, il ne présente également aucun symptôme pouvant faire penser à des crises gastralgiques chez un tabétique.

La plupart des malades prennent cette teinture d'iode avec plaisir. Après l'avoir bue, ils éprouvent généralement une sensation de chaleur à l'estomac, comme s'ils avaient pris un verre de liqueur forte, sensation qui dure cinq à vingt minutes, mais qui n'est pas pénible ; d'autres n'éprouvent aucune sensation ; la dose est de 10 gouttes dans 4 onces d'eau ; les malades la prennent en trois fois, immédiatement après les repas ; 4 onces d'eau dissolvent 10 gouttes sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter de l'iodure. Nous ne nous servons pas non plus de véhicules sucrés, tels que julep, sirop, etc.

L'inconvénient de ce médicament est de produire chez un certain nombre de malades des accidents d'iodisme variables encore plus suivant les individus que suivant les doses du médicament. Chez un jeune homme, 20 gouttes de teinture d'iode furent supportées pendant huit jours au prix de quelques éternuements, au lieu qu'une seule dose de 10 gouttes a produit, chez un hystérique, un véritable coryza avec larmolement. Bon nombre de malades ont pris la teinture d'iode sans

éprouver aucun malaise. A part ce coryza iodique qui peut survenir, nous n'avons pas rencontré d'autres symptômes d'intoxication ; pas d'éruptions acnéiques, pas d'albuminurie passagère, pas d'amaigrissement.

Nous n'avons pas observé de fatigue d'estomac chez les personnes soumises au traitement pendant une semaine ou deux. Mais, chez un homme tuberculeux qui, sorti de l'hôpital, prit pendant deux mois, presque tous les jours, 10 gouttes dans un verre d'eau, il survint une dyspepsie iodique avec coryza permanent. Cet iodisme, d'ailleurs, disparaît rapidement après la cessation du remède. L'iode s'élimine par les urines. A la dose de 20 gouttes, on y décèle sa présence le lendemain par les procédés ordinaires de recherches ; mais nous n'avons pas pu produire de réaction iodique, avec 10 gouttes seulement, dans les urines du lendemain matin.

Comme conclusion de nos observations, nous dirons que, chez les tuberculeux, la teinture d'iode diminue très souvent le nombre des vomissements, et qu'elle est utile surtout chez les tuberculeux torpides et nettement scrofuleux. Dans les autres cas que nous avons passés en revue, la teinture d'iode doit être employée en dernier ressort. Si, malgré les traitements divers, lait, potion de Rivière, cocaïne, opium, éther, eau chloroformée, glace, etc., les vomissements persistent, on peut essayer la teinture d'iodée, car elle peut réussir là où les autres médicaments ont échoué. Nous avons eu sous les yeux des exemples si frappants de son efficacité que nous croyons utile d'en reparler aujourd'hui et de mentionner de nouveau un moyen qui mérite d'être utilisé, car il est d'une incontestable valeur.—*La Clinique.*

Traitement de l'urémie.—(MERRLEN.)

1^o Eviter l'exposition au froid, qui réduit au minimum l'émonctoire urinaire ; 2^o Soustraire ou neutraliser les principes toxiques retenus dans le sang—Afin de remplir cette double indication, on administre comme aliment exclusif, le lait, qui agit alors comme diurétique. On y ajoute des lavements froids et des boissons fraîches ; on produit une révulsion répétée de la région lombaire à l'aide de ventouses et de cataplasmes sinapisés. La digitale ne doit être employée qu'avec réserve, à cause de l'imperméabilité du rein. Elle ne réussit, du reste, que quand il existe des troubles cardiaques associés à la maladie rénale, et que celle-ci n'est pas trop avancée. La caféine et la scille procurent parfois de bons résultats. Par contre, il y a lieu de proscrire absolument les sels de potasse à cause de leur toxicité.—La saignée convient contre l'urémie aiguë avec complication d'éclampsie. L'hydrate de chloral, donné par la bouche ou par la voie rectale,

est également indiqué. On le prescrit à la dose de 15 à 45 grains, suivant l'âge du malade.—Pour combattre la dyspnée, qui est une des complications les plus rebelles de l'urémie, les ventouses sèches, les cataplasmes sinapisés sur le thorax provoquent une révulsion favorable. L'éther en inhalation et surtout en injections sous cutanées amène parfois un peu de soulagement. Les inhalations d'oxygène réussissent dans quelques cas. Enfin, pour remédier aux vomissements urémiques, on prescrit avant les repas, soit deux gouttes de créosote dans une cuillerée d'eau, soit deux gouttes de teinture d'iode dans la même quantité de véhicule.—L'eau oxygénée, en s'opposant à la putréfaction stomacale, semble également efficace.—*Id.*

Traitement de l'endocardite.—(E. BARIÉ.)

Comme traitement local, ventouses scarifiées au niveau de la région précordiale, ou applications de glace, ou larges vésicatoires sur la région douloureuse.—Comme traitement général, le professeur Jacoud conseille l'emploi d'une potion contenant 8 grains de tartre stibié pour l'homme, et 6 grains pour la femme. Cette potion doit être prise par cuillerées à bouche toutes les heures. Le traitement est suivi pendant deux ou trois jours, suivant l'effet obtenu, en ayant soin de mettre un intervalle de vingt-quatre heures entre chaque jour de médication. Dès la deuxième ou la troisième potion, on constate souvent la diminution et même la disparition des phénomènes stéthoscopiques. Toutefois, ce traitement ne convient qu'aux sujets vigoureux.—Lorsque la fièvre est intense, le pouls fréquent, on a recours aux modérateurs du cœur et, en particulier, à la digitale, soit sous forme de teinture, soit sous forme d'infusion de la feuille. S'il se manifeste de l'intolérance, accompagnée de vertiges, de nausées et de vomissements, on substitue à la digitale le bromure de sodium à la dose de $\frac{1}{2}$ à 1 drachme par jour, ou encore la teinture de convallaria maialis, à la dose de 1 drachme.—Repos absolu, régime alimentaire doux, composé de lait, de bouillon, de boissons fraîches légèrement acidulées.—Lorsque les accidents du début sont calmés, on fait intervenir la médication tonique et, pour enrayer la formation des produits plastiques développés sur les valvules, on prescrit les préparations iodurées.—(*Formulaire mensuel.*)

Traitement de la typhlite.—(BOUCHARD.)

1° Calmer la douleur, soit par une injection de morphine, soit par l'application d'une couche épaisse d'onguent napolitain belladonné, recouverte d'un grand cataplasme très chaud.

2° Déterger et rendre aseptique le gros intestin par de grandes irri-

gations intestinales, faites deux fois par jour, avec une pinte au moins d'eau à 38 degrés, (100 F.) à laquelle on ajoutera :

Borate de soude 1 drachme.

Et deux ou trois cuillerées à café du mélange suivant :

Teinture de benjoin	} aa
Acool camphré.....	

Les irrigations doivent être faites avec beaucoup de lenteur.

3° Le repos doit être absolu.

4° On usera peu des purgatifs et seulement des plus doux (magnésie dans de l'eau sucrée, par exemple)

5° Comme régime alimentaire, le lait d'abord coupé d'eau alcaline et en petites quantités à la fois, plus tard additionné de jaune d'œuf ; en somme, une alimentation laissant peu de résidus et donnant peu de prise aux fermentations intestinales, qu'on peut d'ailleurs réduire au minimum en instituant simultanément l'antisepsie du tube digestif par la voie gastrique.—*Id.*

L'asthme ; son traitement.

Dans une de ses leçons, M. le professeur Dieulafoy, après avoir décrit longuement l'étude clinique de l'asthme, en a exposé la thérapeutique

Cette affection étant presque toujours diathésique et héréditaire, le traitement doit occuper une place très importante. Bien dirigé, il donne les meilleurs résultats. D'abord, comment doit-on traiter l'accès à ses diverses périodes ; puis comment doit-on traiter l'attaque et enfin comment doit-on traiter l'asthme lui-même en tant que diathèse.

Si l'accès commence ou va commencer : badigeonner le nez, en remontant aussi haut que possible, avec un pinceau imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..... 15 grains

Eau distillée..... 5 drachmes

ou bien pulvériser dans le nez ou dans la gorge, pendant quatre à cinq minutes, au moyen d'un petit pulvérisateur à eau chaude, une cuillerée à bouche de cette solution, et souvent l'accès avorte. Si cela ne réussit pas, faire respirer fortement 6 à 12 gouttes de pyridine versées sur un mouchoir, ou bien mettre près du lit du malade une assiette contenant $\frac{1}{2}$ à 1 drachme de pyridine. On peut employer simultanément la cocaïne et la pyridine. Si ces médicaments ne réussissent pas et si l'accès a commencé, employer les fumigations du datura stramonium, de papier nitré, puis les cigarettes Espic. Dans une grosse pipe en terre, on dispose alternativement, en plusieurs couches stratifiées,

des feuilles pulvérisées de *datura* et du papier nitré en très petits morceaux. On essaye en même temps la cocaïne et la pyridine, et si l'accès est à son apogée, on formule l'injection hypodermique suivante :

Chlorhydrate de morphinè..... 2 grains
Eau distillée..... 2½ drachmes

Injecter une demi-seringue de Pravaz ; de cette façon, souvent on jugule l'accès ; si cette dose ne suffit pas, un quart d'heure après, injecter une autre demi-seringue.

L'iodure de potassium est le médicament par excellence de l'attaque, à la dose selon Jaccoud, de 20 à 30 grains par jour. Il faut commencer par la dose de 5 grains par jour et arriver à 15, 20 et 30 grains si l'asthme est invétéré. A l'iodure de potassium, Trousseau associait la teinture de lobélie à la dose de 5 à 10 gouttes par jour. Le traitement de l'asthme en tant que diathèse est aussi d'une efficacité absolue ; on arrive à prévenir les accès et les attaques, et à les faire disparaître même pendant un temps plus ou moins long. On a recours pour cela à trois médicaments : l'iodure de potassium, la belladone et l'arsenic ; voici comment on les administre : Pendant une quinzaine de jours, on fait prendre au moins 15 grains, et même, si c'est possible, 30 grains d'iodure de potassium par jour. Puis pendant quinze jours également, on ordonne la belladone sous la forme suivante :

Poudre de feuilles de belladone..... } à 4 grains
Extrait de belladone..... } à 4 grains

pour 20 pilules, à prendre d'abord une demi-pilule, puis une pilule. En même temps on donne une cuillerée à café par jour de la solution suivante :

Arséniate de soude..... 1 grain
Eau distillée..... 2½ onces

Après ces quinze jours, on fait reprendre, pendant une quinzaine, l'iodure de potassium, et ainsi de suite pendant trois à six mois.

Si le malade est atteint d'emphysème, on emploie avec succès les bains d'air comprimé. Interdire aux malades le séjour dans les montagnes et les pays à altitude élevée. Les accès d'asthme peuvent être provoqués ou réveillés par les causes les plus diverses et les plus bizarres ; les moindres odeurs, il faut les éviter. (Le Scalpel.)

CHIRURGIE.

Traitement de l'entorse.—(FÉLIX LAGRANGE.)

Lorsque l'entorse n'est pas compliquée, on pratique une longue séance de massage, à la suite de laquelle on applique une bande de caoutchouc. Par-dessus la bande de caoutchouc, on étale des compresses réfrigérantes.—Si l'entorse est compliquée, on ne pratique aucune manipulation et on applique d'emblée la bande élastique.— Dans le cas où, vers le quatrième ou le cinquième jour, apparaissent des accidents aigus, une arthrite traumatique ou intense, on immobilise le membre dans une bonne position, et on voit s'il n'y a point lieu de pratiquer un débridement.—Lorsqu'il s'agit d'entorse compliquée, accompagnée d'accidents inflammatoires subaigus, le massage est dangereux et ne doit être employé que plus tard, quand l'entorse est devenue chronique, avec crâpâtement du membre et raideur articulaire. Dans le but de rétablir les mouvements de la jointure, on combine avec le massage les douches, l'électricité, divers exercices d'assouplissement, et on prévient ainsi la formation d'une ankylose.—Si l'entorse a été suivie d'une arthrite chronique, il faut se garder de mobiliser trop vite l'articulation, car les mouvements intempestifs entretiennent l'inflammation, qui, par ses exsudats plastiques, peut produire l'ankylose, tandis que l'immobilisation rigoureuse est un puissant anti-phlogistique.

—*Formulaire mensuel.*

Traitement des hémorroïdes par la chrysarobine

M. KOSSOBUDSKI

M. le Dr Kossobudski a utilisé avec succès, dans un très grand nombre de cas d'hémorroïdes, le moyen préconisé par M. Unna.

Dans le cas où les tumeurs hémorroïdaires sont externes, il emploie la chrysarobine de la façon suivante :

Chrysarobine.....	16 grains
Iodoforme.....	6 grains
Extrait de belladone.....	12 grains
Vaseline.....	6 drachmes

F. S. A.—Usage externe.

Mettre une petite quantité de cette pommade plusieurs fois par jour sur les hémorroïdes, après le lavage préalable avec une solution d'acide phénique à 1/750 ou de créoline à 1/100.

Si les hémorroïdes sont internes, on se servira des suppositoires suivants :

Chrysarobine.....	1½ grain
Iodoforme.....	½ grain
Extrait de belladone.....	¼ grain
Beurre de cacao.....	30 grains

F. S. A. pour un suppositoire.

En trois ou quatre jours, les douleurs et les hémorragies disparaissent, et il est rare qu'après deux ou trois mois la guérison ne soit pas complète. *(Sem. méd.)*

Amygdalotomie suivie d'hémorragies chez un enfant

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. SCHWARTZ.—M. Moure (de Bordeaux) nous a adressé l'observation d'un enfant de sept ans, auquel il a pratiqué une double amygdalotomie pour une hypertrophie considérable des amygdales qui étaient le siège d'une vive inflammation ; après l'opération, qui fut faite le même jour des deux côtés avec l'instrument de Fahnstock, il ne s'écoula qu'une petite quantité de sang ; mais, dans le milieu de la nuit, une abondante hémorragie apparut du côté gauche ; elle fut arrêtée avec quelque peine au moyen d'attouchements et de boissons glacées. Huit jours plus tard une semblable hémorragie survint sans cause appréciable, et, en examinant la surface saignante débarrassée du sang, notre collègue dit avoir constaté l'existence d'une petite eschare. En quelques jours, la guérison définitive fut obtenue.

S'il n'est pas très rare de noter ces hémorragies, consécutives aux amygdalotomies, chez les adultes, elles doivent être au contraire très exceptionnelles chez l'enfant, car, dans les recherches que Moure a faites à ce sujet, il n'a pu en trouver aucune observation. Le fait qu'il a recueilli est donc intéressant à ce point de vue ; et, en outre, il est instructif en ce sens que l'on doit éviter de couper des amygdales enflammées, et qu'il est bon de surveiller les jeunes opérés pendant quelques jours.

M. TILLAUX.—Je ne m'explique pas la production d'une eschare à la surface d'une telle plaie ; il est bien probable que ce qui a simulé cette eschare n'était autre chose qu'un lambeau détaché de l'amygdale. C'est ce que j'ai observé dans un cas d'amygdalotomie chez un jeune homme qui, même, a failli être asphyxié, le petit lambeau amygdalien était venu boucher un instant la glotte.

Ostéite des quatre premières côtes et des surfaces vertébrales correspondantes 18 ans après un coup de feu.—Résection osseuse.

M. CHAUVEL.—Dans l'une de nos dernières séances, M. Delorme est venu nous lire une intéressante observation de lésion osseuse, consécutive à un coup de feu. Son malade, âgé de 48 ans, ancien syphilitique, avait reçu, en 1870, une balle qui avait pénétré au niveau de la base du cou, vers le tiers externe de la clavicule, et s'était portée dans la direction de la septième vertèbre cervicale. Jusqu'en 1885, il n'en résulta aucun accident, mais à cette époque survinrent, en même temps que des douleurs, un premier phlegmon du cou, et quelque temps après un autre phlegmon en arrière, à la partie supérieure de la cage thoracique. L'un et l'autre furent incisés et explorés avec le cathéter, sans qu'il fut possible de découvrir quelque corps étranger ; mais, au fond de l'abcès postérieur, on sentait facilement un corps dur et fixe. Cette masse était constituée par une hyperostose, qui occupait l'extrémité postérieure des quatre premières côtes ; comme elle était plus prononcée au niveau de la 4^e et de la 3^e, celles-ci seules furent réséquées partiellement dans une première séance, à la suite de laquelle on obtint la guérison de l'abcès.

Néanmoins, malgré cette intervention et l'usage d'un traitement anti-syphilitique, les douleurs persistèrent dans la région cervicale et dans le membre supérieur correspondant. M. Delorme, après avoir lié l'artère vertébrale, pratiqua alors une nouvelle incision à travers les muscles de la gouttière vertébrale et mit à nu la 1^{re} et la 2^e côte. L'une et l'autre, hypertrophiées dans leur extrémité postérieure, furent réséquées, ainsi qu'un calus volumineux, constitué aux dépens de l'apophyse transverse et de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. On reconnut encore que la sixième vertèbre cervicale était hyperostosée ; toutefois on la laissa intacte. Après cette opération, les douleurs disparurent pendant quelque temps, mais elles revinrent quelques mois plus tard ; à deux reprises une nouvelle exploration fut faite et permit d'extraire un fragment de balle : il n'en est résulté qu'une faible amélioration, car malgré un état général satisfaisant, le malade a continué de ressentir des douleurs sur le trajet du rachis.

(*Le Bulletin Médical.*)

Antisepsie des voies urinaires.

Une des questions des plus difficiles de la thérapeutique est celle qui se rapporte au choix des moyens propres à assurer l'antisepsie des voies urinaires. En dépit du nombre considérable et chaque jour croissant des médicaments réputés aptes à remplir ce but, il faut cons-

tater que les résultats sont trop souvent incomplets, sinon même tout à fait nuls. Dans certains cas, plus fréquents que l'on ne pense, la désinfection de l'urèthre, de la vessie et des reins reste une illusion impossible à réaliser par les procédés ordinaires de lavage et d'injection : les fermentations anormales continuent à s'y faire avec activité, préparant l'écllosion d'accidents graves dont l'éventualité rend le pronostic extrêmement aleatoire. De là l'opportunité de chercher à produire par une autre voie cette antiseptie que l'insuffisance des moyens directs ne permet pas d'assurer complètement.

Cette dernière préoccupation explique les efforts tentés récemment par plusieurs chirurgiens dans le but de trouver une substance qui, éliminée par l'émonctoire rénal, fût capable de réaliser ainsi pour les voies urinaires supérieures une antiseptie avantageuse et continue. Notre regretté collègue F. Dreyfous avait déjà signalé à cet égard les remarquables propriétés du salol. Il avait montré le parti que l'on peut en tirer pour combattre l'infection secondaire du rein des urèteres et de la vessie, attribuant cette action spéciale au dédoublement du salol en acide salicylique et en acide phénique, durant son passage dans la circulation. L'expérience a justifié les affirmations cliniques de M. F. Dreyfous. Actuellement nous voyons le salol prescrit journellement dans plusieurs services de chirurgie où l'on attache à la réalisation de l'antiseptie interne l'importance qu'il convient.

Dans le même ordre d'idées, mais avec moins de puissance, l'acide borique et le biborate de soude ont semblé rendre quelques services; ce sont toutefois des médicaments inférieurs au salol qui, à ses propriétés antifermentescibles, joint l'avantage précieux d'être facilement toléré par les malades, même à doses relativement élevées.

(*Gazette Médicale de Paris.*)

Lymphadénome; traitement chirurgical.

M. RECLUS.—Je vous ai présenté, à la dernière séance, deux malades atteints de lymphadénome guéris par le traitement arsenical à hautes doses préconisé à nouveau dans ces dernières années par Tholer, Czerny, Billroth, etc.; j'ai appliqué ce traitement dans huit cas, dont je désire vous rendre compte.

Le premier malade, jeune homme de vingt-quatre ans, s'était aperçu, il y a trois ans, de l'apparition d'un petit ganglion dur, mobile, indolent, situé derrière l'angle de la mâchoire; en peu de temps se développèrent d'autres tumeurs semblables, qui envahirent bientôt tout le côté gauche. Le côté droit ne tarda guère à être pris à son tour, et, en moins d'un an, le cou était complètement déformé par une masse ganglionnaire énorme.

La tumeur ainsi formée s'accroissait par poussées, se traduisant par des mouvements fébriles intenses; d'ailleurs aucune altération du même genre, ni dans les ganglions, ni dans les viscères; pas d'augmentation du nombre des globules blancs; aucun signe, aucun antécédent de tuberculose; la conclusion obligée de cet ensemble était donc: *lymphadénome*. Je résolus de traiter ce malade par l'arsenic à hautes doses, sous forme de liqueur de Fowler.

Je commençai par 10 gouttes à l'intérieur, puis j'allai en augmentant successivement jusqu'à 70 gouttes; en même temps, tous les deux jours, j'injectais dans la tumeur quelques gouttes (jusqu'à 20) de la même liqueur étendue de son volume d'eau. Au bout de deux mois, la tumeur avait diminué d'un tiers, mais il y avait quelques signes d'intoxication qui nous engagèrent à suspendre le traitement,

Au bout de trois mois, la tumeur était revenue à son état primitif. La médication fut reprise, nouvelle amélioration, qui disparut à son tour dès qu'on cessa le traitement. Il en fut ainsi à plusieurs reprises; j'ajoutai alors le traitement au phosphore de zinc alternant avec le traitement arsenical; la guérison complète a été obtenue.

Le second malade que je vous ai présenté était un homme de cinquante ans, porteur de la même lésion. Le traitement fut institué de la même manière; il y eut bien quelques signes d'intolérance, et quelques abcès dans les foyers d'injection, mais, au bout d'un an, la guérison était complète.

Je soigne, depuis cinq ans, le troisième malade; chez lui, l'adénopathie, d'ailleurs considérable, n'occupe qu'un des côtés du cou; elle s'est accrue par poussées successives, très rapprochées, caractérisées par des poussées fébriles concomitantes très marquées.

Le traitement arsenical fut poussé très rapidement aux doses maxima et continué avec une persévérance qui est venue à bout de la lésion dont il ne reste plus d'autre trace qu'une petite masse ganglionnaire sous angulo-maxillaire.

J'ai traité d'autres malades; chez deux femmes, le diagnostic n'a pas été nettement établi, et le traitement n'a pu être suivi avec la persévérance nécessaire.

Mes trois autres malades sont morts très rapidement de généralisation: le premier était un homme de quarante-six ans; le second un enfant de cinq ans, atteint d'un de ces lymphadénomes mous, dont on connaît la marche rapide et la généralisation précoce, à cet âge surtout; le troisième portait depuis treize ans une petite tumeur cervicale qui s'est subitement développée à la suite d'une émotion très vive.

En résumé. 3 succès et 3 morts sur 6 lymphadénomes traités par l'arsenic, voilà les résultats, forts éloignés, à la vérité, des statistiques

merveilleuses de Czerny, de Billroth, mais se rapprochant beaucoup d'autres statistiques.

Quand au diagnostic, l'absence de tout antécédent, de tout signe de tuberculose, la marche de l'affection, ses caractères, les poussées fébriles me paraissent l'établir d'une façon certaine. Je sais très bien que l'immense majorité des adénopathies du cou sont des adénopathies tuberculeuses. M. Trélat l'a montré, je l'ai vu moi-même bien souvent; cependant, il existe des adénopathies pseudo-tuberculeuses. MM. Richard et Clado en ont rapporté des exemples au dernier Congrès de chirurgie.

MM. Terrier et Quénu ont soutenu à la dernière séance qu'on ne pouvait être certain du diagnostic qu'en enlevant une petite portion de la tumeur, en l'examinant avec soin et en faisant des inoculations et des cultures: mais sans parler de l'incertitude extrême de ces examens en pareille circonstance, je ne crois pas que ces petites interventions soient exemptes de danger.

M. Verneuil a insisté sur l'influence désastreuse que les interventions sanglantes exercent sur le développement de ces tumeurs. Sept individus atteints de lymphadénome et opérés ont succombé à une récurrence immédiate: il en a été de même pour plusieurs malades de MM. Trélat, Bouilly, Tillaux, Quénu.

Ces motifs m'engagent à proscrire formellement ces opérations partielles pratiquées dans le but d'éclairer le diagnostic; celui-ci est presque toujours établi par les autres signes d'une manière à peu près suffisante.

Quant au traitement, l'arsenic à hautes doses me paraît encore la moins mauvaise des médications.

M. PRINGRUBER - J'ai traité également par cette méthode un certain nombre de tumeurs ganglionnaires, cervicales ou axillaires, indolentes, mobiles, sur des sujets non tuberculeux en apparence.

Le premier malade, chez lequel mon diagnostic avait été confirmé par M. Berger, a été complètement guéri. Deux ans après cette guérison s'était parfaitement maintenue.

La seconde malade a été traitée à trois reprises différentes; chaque fois une diminution notable se produisait dans les tumeurs; à la quatrième fois le traitement fut impuissant; la malade succomba aux progrès de l'affection.

Chez la troisième malade, la tumeur était tellement molle en un point qu'on pouvait croire à une collection purulente. Je diagnostiquai néanmoins un lymphadénome; le traitement arsenical fut institué et, trois mois après, la malade pouvait être considérée comme guérie

Le traitement a été absolument insuffisant chez un quatrième patient qui a succombé au bout de deux mois. Il y a certainement des variétés très nombreuses de lymphadénome qu'on ne peut reconnaître que par la marche ; il faut donc toujours tenter le traitement arsenical, quitte à l'interrompre si l'affection se généralise et s'aggrave.

M. QUÉNU.—Je reconnais que les malades de M, Reclus ont bénéficié du traitement qu'il ont suivi, mais il me semble que le premier point à trancher est celui du diagnostic. Je ne crois pas possible actuellement d'affirmer l'existence du lymphadénome.

D'une part, on a observé la disparition spontanée de certaines tumeurs ; d'autre part les hypertrophies simples ne me paraissent pas devoir être rangées dans la classe des lymphadénomes, il faudrait plutôt les rapprocher des hypertrophies amygdaliennes. Mais, même après avoir éliminé les hypertrophies simples et les adénopathies tuberculeuses, le diagnostic de lymphadénome ne me semble pas encore établi.

M. ROUTIER.—J'ai soigné deux malades paraissant atteints de lymphadénome. Le premier de ces malades était un jeune homme de vingt-quatre ans, porteur d'engorgements ganglionnaires multiples indolores, mobiles, au cou, à l'aisselle et dans l'aîne. Le diagnostic lymphadénome paraissait certain ; je lui fis prendre la liqueur de Fowler à doses progressives croissantes ; au bout d'un mois et demi, les adénites s'enflammèrent, il fallut les ouvrir et les gratter. Le malade guérit. Il fut évident qu'il s'agissait d'adénopathie tuberculeuse.

Le second malade tout jeune encore, fut traité également sans succès par l'arsenic ; le larynx et la trachée commençant à être comprimés, je dus faire l'extirpation des ganglions altérés ; leur masse totale pesait 25 onces. L'enfant resta guéri deux ans ; il succomba ensuite à une récurrence dans les ganglions thoraciques.

M. VERNEUIL.—La question ne semble pas avoir fait grand progrès depuis le moment où elle a été discutée ici pour la première fois ; de fait le diagnostic n'a pas fait de progrès.

J'ai montré, à cette époque, que le traumatisme favorisait le développement de ces tumeurs, et que par conséquent, il ne convenait pas de les opérer ; toutefois, il est évident que cela ne s'applique qu'aux lymphadénomes absolument certains.

La thèse de Bergeron en renferme des exemples frappants. Un homme est opéré d'une volumineuse tumeur ganglionnaire de l'aisselle ; il guérit ; mais un an après, récurrence dans les ganglions du cou. Opération nouvelle suivie de succès ; le sujet succombe six ans plus tard d'une pneumonie. Toutefois il avait présenté quelques autres tumeurs qui avaient disparu sous l'influence de l'arsenic.

Un second malade fut opéré en 1864 et sept ans après il était encore très bien portant.

Chez un troisième malade un engorgement axillaire, présentant la dureté du squirrhe, récidiva deux fois et finit par guérir.

Mais ce sont là des faits heureux très rares. J'ai entendu tout à l'heure parler de *l'hypertrophie simple des ganglions* que j'ai décrite en 1853. Cette variété occupe surtout les ganglions sous maxillaires; elle est remarquablement bénigne. Son volume est parfois considérable, l'évolution, le plus souvent lente; l'extirpation n'est pas suivie de récurrence.

En résumé, je crois qu'il ne faut pas plus, dans notre incertitude clinique, rejeter systématiquement l'opération sanglante que le traitement arsenical.

M. TERRIER.—M. Cornil m'affirmait aujourd'hui même qu'il était absolument impossible de distinguer anatomiquement un lymphadénome d'avec une hypertrophie simple du ganglion. Aussi je persiste à penser qu'il faut ajouter à l'examen histologique la vérification par la méthode des inoculations et c'est pour ce motif que je préconise l'extirpation d'un petit morceau de la tumeur, qui permettra seule d'arriver à éclairer cette difficile question du lymphadénome.

Quant aux dangers qui résulteraient, d'après M. Reclus, de cette intervention j'affirme qu'ils sont nuls; toutes les fois que j'y ai eu recours, la plaie s'est réunie par première intention et je n'ai pas observé les poussées d'accroissement de la tumeur. Cette méthode me paraît bien moins dangereuse que celle des injections arsenicales et même d'injections plus antiseptiques, comme le naphthol.

Quant aux hypertrophies simples, ce ne sont pas des tumeurs malignes, il faut donc les extirper. En les enlevant ainsi de bonne heure, on a grande chance d'enrayer le mal.

En ce qui concerne les résultats du traitement de ces tumeurs par l'arsenic ou par le phosphore de zinc, j'estime qu'ils ne sont pas suffisamment sérieux.

M. TRÉLAT.—Je désire rappeler la fréquence des erreurs de diagnostic entre les lymphadénomes bénins et les adénopathies tuberculeuses; quant aux lymphosarcomes malins, ils sont très rares puisque, dans toute sa carrière, M. Verneuil n'en a observé que cinq cas.

Pour moi, il y a des lymphadénomes malins rares, des lymphadénomes bénins également peu fréquents; la plupart des tumeurs ganglionnaires sont des adénopathies scrofulo-tuberculeuses.

Dans les lymphadénomes, j'ai donné deux fois l'arsenic et je m'en suis bien trouvé; les autres tumeurs, je les enlève, à moins que cette intervention ne soit impossible.

(*La Semaine Médicale*.)

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Des varices de la vulve au point de vue obstétrical.

Les varices de la vulve sont fréquentes, pendant la grossesse ; les hémorrhagies consécutives à leur ruptures peuvent être d'une gravité exceptionnelle. aussi est-il bon d'attirer l'attention de nos lecteurs sur les moyens propres à les reconnaître et à les combattre.

Les varices de la vulve sont, en général disséminées dans toute la région ; elles débutent dans le pli qui sépare la grande lèvre de la petite lèvre ; elles s'étendent aux lèvres, au clitoris et respectent ordinairement la fourchette. Elles coïncident presque toujours avec des varices des membres inférieurs ; cependant il est bon de savoir qu'elles peuvent exister isolément, sans qu'on trouve de varices sur le reste du corps.

Leur volume est très variable, suivant les cas ; elles sont violacées à la face interne des grandes lèvres, de coloration normale ou un peu bleuâtre sur la peau, et d'un bleu assez foncé au niveau du clitoris.

Les troubles qu'elles occasionnent sont souvent minimes et consistent en sensation de poids, de tiraillement et de chaleur aux organes génitaux externes. Elles sont parfois, surtout quand la région clitoridienne est atteinte, le siège de démangeaisons très pénibles.

Le diagnostic est, en général, facile. L'œdème n'a pas la même coloration, ni la même consistance. Le thrombus se forme brusquement ; il est irréductible ; les changements de position et les efforts ne modifient pas son volume ; au devant de lui, les téguments sont lisses, tendus et sans inégalités. Il n'y a qu'à signaler enfin la possibilité de voir les varices de la partie inférieure du vagin se pédiculiser et venir faire saillie à travers l'orifice vulvaire.

Le pronostic, peu grave dans les cas ordinaires, dépend surtout des complications qui peuvent survenir : le thrombus et la rupture sont les plus importantes de ces complications.

L'hémorrhagie qui suit la rupture se fait avec une telle abondance que, si l'on ne sait pas intervenir sans retard d'une façon rationnelle, la mort en est la conséquence. C'est donc la question du traitement qui est la plus importante et qui mérite surtout d'être complètement résumée.

1° Pendant la grossesse — Il faut prévenir la rupture des varices en évitant les fatigues, les cris, les efforts, en faisant une légère compression de la région atteinte avec le bandage en T, calmer les démangeaisons qui sont dangereuses par les grattages qu'elles provoquent, au moyen de la cocaïne, des bains d'amidon, etc. L'administration des

médicaments veineux, tels que le capsicum annum et l'hydrastis canadensis, pourrait sans doute rendre des services ici, comme pour les varices rectales et les varices des membres inférieurs.

Si l'hémorrhagie se produit, une fois sa cause reconnue, il faut se hâter de l'arrêter. Une serre-fine suffira, dans le cas de petite fissure; on appliquera une pince à forcipressure si l'ouverture est plus considérable. Si le siège précis de la rupture ne peut pas être déterminé, on fera la compression de la région avec de l'agaric antiseptisé, de l'ouate phéniquée et un bandage en T. Peter Young conseille de faire de la compression digitale si l'on est appelé tard, alors que l'on n'a pas le temps d'appliquer un tampon et qu'on n'a pas de pince sous la main.

En cas de syncope, on emploiera les moyens qui sont d'usage dans toutes les grandes hémorrhagies. Avec notre savant maître, M. le Dr Chéron, nous recommandons les transfusions hypodermiques de sérum artificiel aux sels de soude ou, au besoin, d'une simple solution de chlorure de sodium, moyen efficace et beaucoup plus facile à mettre en œuvre que la transfusion sanguine. Il y a quelques temps, M. Pégraldino (de Grand) a pu sauver, par ces transfusions hypodermiques, une femme récemment accouchée dont les pertes de sang avaient été tellement abondantes que le pouls radial était devenu imperceptible. Il avait employé une solution de chlorure de sodium à 1 pour 1,000.

2° Pendant l'accouchement — Pour éviter la rupture, vider la vessie et le rectum, élever le bassin, veiller à ce que la tête de l'enfant ne sorte pas trop vite, soutenir les varices avec les doigts jusqu'à ce que la tête vienne faire tampon, au besoin appliquer le forceps avec un soin tout particulier, administrer le chloroforme pour empêcher les parturientes de pousser et de crier, tels sont les moyens qui ont été recommandés par les auteurs. Si la rupture a lieu, terminer le plus tôt possible l'accouchement et faire l'hémostase avant de lier le cordon.

3° Enfin, après l'accouchement : serre fine, pince à forcipressure, tamponnement vulvaire, sont les méthodes les plus sûres et qui n'offrent, du reste, aucune difficulté spéciale.

Tel est le traitement des hémorrhagies dues aux ruptures des varices vulvaires; en terminant, nous insisterons encore sur l'usage préventif du capsicum et l'hamamelis qui devront être donnés dès que les varices seront reconnues, sur la nécessité d'arrêter l'hémorrhagie aussitôt qu'elle se produit, enfin sur les services que peuvent rendre les transfusions hypodermiques dans les cas menaçants pour la vie.

JULES BATUAUD.

(Revue Méd.-Chir. des maladies des femmes.)

Résultats de la répression de la menstruation

Par le Dr Gehring

Il est démontré, par une expérience de plusieurs années et d'une foule de cas, que la menstruation peut être réprimée et supprimée chirurgicalement par des tampons vaginaux ou intra-utérins, en toute sécurité, dans tous les cas où la malade ne peut pas supporter la perte de sang qui accompagne l'ovulation. Un pareil traitement peut être très profitable au point de vue curatif ou prophylactique.

Une perte de sang n'est pas absolument nécessaire comme accompagnement de la menstruation, et des pertes exagérées peuvent engendrer l'anémie. Dans ces derniers cas, le tampon vaginal ou utérin est un bien meilleur hémostatique que le seigle ergoté ou tous les autres moyens pharmaceutiques. Bien appliqué, il n'a aucune action sur le système nerveux et n'introduit aucun poison dans l'organisme *Id.*

Pourquoi un avortement est plus dangereux qu'un accouchement à terme

Le professeur Wm. Goodell dans une clinique répond à cette question de la manière suivante : Parce que le fait même de l'avortement implique l'existence d'une lésion, de quelque chose d'anormal ; parce que le placenta n'étant pas complètement formé, les villosités du chorion sont attachées à toute la surface de l'utérus ; quelques parties de membrane sont susceptibles de demeurer en arrière et de causer soit les hémorragies, soit la septicémie.

Ensuite, le trajet cervical n'est pas dilaté et le col peut se refermer sur les fragments retenus dans la cavité utérine.

Un avortement criminel est encore plus dangereux, parce que la gestation est subitement interrompue, sans que les membranes aient eu le temps de se détacher : et l'on est d'autant plus exposé à voir leur rétention. Une pomme mûre ou gâtée tombe de sa branche à la brise la plus légère ; tandis que pour enlever une pomme verte, il faut une force plus grande ; la ligne de démarcation entre le fruit et l'arbre n'est pas encore faite et l'on s'expose à casser la branche.

Ceci nous montre la différence entre un avortement ordinaire et un avortement criminel. Dans l'avortement ordinaire, la marche du décollement est lente et ordinairement complète ; dans l'autre le décollement est violent, incomplet et traumatique. Il en résulte la rétention des membranes qui peut occasionner des hémorragies sérieuses et surtout l'infection septique. Si la patiente échappe à ces accidents, elle ne pourra que rarement éviter un arrêt dans l'involution de l'utérus et les désordres qui en résultent.

(*The College and Clinical Record.*)

La thérébentine dans les hémorragies post-partum

Pendant un certain nombre d'années, écrit un correspondant, j'ai employé l'esprit de thérébentine dans les hémorragies puerpérales et dans tous les cas, avec les meilleurs résultats. Lorsque les moyens ordinaires, frictions au niveau du fond de l'utérus, irritation de l'utérus par l'introduction des doigts, injections hypodermiques d'ergotine, etc., avaient échoué, j'ai toujours réussi à amener une contraction utérine et à faire cesser instantanément toute hémorrhagie, en saturant un morceau de linge avec de la thérébentine en l'introduisant dans l'utérus, et en l'appliquant sur les parois.

Dans un cas ou deux lorsque la patiente était presque sans pouls, ce médicament m'a semblé agir comme stimulant.

Je regarde ce moyen comme plus rapide et plus sûr dans son action que tout autre remède. La thérébentine est d'application facile et ne cause aucun tort. Dans la pratique de campagne l'on perd souvent un temps précieux à se procurer de l'eau chaude et à faire des injections.

(Lancet.)

Combien de temps faut-il laisser écouler entre le second et le troisième temps de la version podalique.

Par le Dr DOHM.

Il est un fait bien connu, c'est qu'un grand nombre d'accoucheurs font suivre immédiatement le temps d'évolution de la version podalique de l'extraction, bien que cette manière de faire soit contraire à la théorie et à l'enseignement habituel. L'auteur limite son étude à la version dans les cas de présentation de l'épaule. Cette question a été récemment discutée par Winter, dans un mémoire dans lequel il rapporte les observations de 310 cas de présentation de l'épaule, recueillies sur les registres de la Maternité de l'Université de Berlin. Il conclut de la façon suivante : Il ne faut jamais faire la version avant que l'orifice ne soit suffisamment dilaté pour permettre l'extraction ; on obtient les résultats les meilleurs en faisant suivre immédiatement l'évolution du fœtus de l'extraction.

D'après son expérience, l'auteur accepte sans aucune réserve la première conclusion, mais n'admet pas que la seconde soit bien fondée.

Lorsque l'on pratique la version, alors que l'orifice est suffisamment dilaté, après la rupture de la poche des eaux, l'avantage qu'on obtient, c'est qu'on sauve la vie du fœtus menacé par les troubles de la circulation placentaire qu'amènerait la persistance de la présentation vicieuse. C'est là une cause suffisante d'appréhension sans compter la possibilité du tétanos utérin et la compression du cordon ombilical. Il y a des cas, exceptionnels il est vrai, dans lesquels il y a un inter-

valle de plusieurs jours entre l'écoulement des eaux et la naissance de l'enfant, où l'enfant naît vivant ; mais l'auteur pense que, dans ces cas, il est resté une certaine quantité de liquide amniotique au-dessous du fœtus, qui a protégé la circulation placentaire. La crainte de rompre l'utérus conduit parfois l'accoucheur à pratiquer la version prématurément ; mais il ne faut pas oublier que c'est là un accident rare et qui ne se produit habituellement qu'après la dilatation complète de l'orifice.

A l'appui de sa seconde conclusion, Winter rapporte 236 cas où il fit la version après que l'orifice se fût suffisamment dilaté et où il fit l'extraction immédiate. Sur ce nombre, il n'eut que 5 cas de mort. Il rapporte également 27 cas où il fit la version avant que l'orifice fût suffisamment dilaté, qu'il abandonna ensuite à la nature et, sur ces 27 cas, 15 fois l'enfant naquit mort. L'auteur refuse absolument d'admettre que cela démontre combien il est désavantageux d'attendre l'accouchement spontané après qu'on a pratiqué la version. Il soutient qu'en principe il ne faut pas intervenir dans la marche naturelle des choses tant qu'il y a des chances pour que les efforts de la nature soient suffisants. Il pense ainsi que dans les 27 cas de Winter sur lesquels 13 se terminèrent par la mort, il est bien probable que les résultats eussent été tout différents si la version n'avait pas été pratiquée avant la dilatation complète. Les résultats des opérations de ce genre dépendent beaucoup de l'habileté de l'opérateur et de sa connaissance plus ou moins approfondie du mécanisme de l'accouchement. Cela nous permet de comprendre pourquoi dans une récente statistique d'opérations obstétricales, publiée dans le grand-duché de Nassau, la mortalité après la version s'est élevée à 57 0/0 et aussi pourquoi dans les statistiques de Winter la mortalité ne s'est élevée qu'à 2 0/0. Dans la première, les résultats étaient ceux des médecins faisant de la pratique générale, bons ou mauvais ; dans la seconde, c'était exclusivement ceux d'un accoucheur exercé et habile. Dans la clinique de l'auteur à Kœnigsberg, 152 cas de présentation de l'épaule ont été relevés, tant pendant la durée du service de son prédécesseur que pendant le sien. La version a été pratiquée après que l'orifice se fût suffisamment dilaté et l'extraction a été faite au bout d'un intervalle suffisant. La mortalité dans ces cas a été de 14 0/0 ; dans 29 autres cas, il n'y eut aucune indication d'intervenir après la version ; on les abandonna à la nature. Tous les enfants sont nés vivants au bout d'un temps qui a varié entre $\frac{1}{4}$ d'heure et 1 heure $\frac{1}{4}$, toutes les mères eurent de bonnes suites de couches.

L'auteur en conclut que : 1° Dans les cas de présentation de l'épaule on ne doit pratiquer la version podalique que lorsque l'orifice est com-

plètement dilaté sauf exceptions ; 2^o Le fœtus ne doit être extrait que dans le cas où il y a une indication particulière. En l'absence de cette indication, il est de l'intérêt de la mère et de l'enfant d'abandonner l'expulsion à la nature. (*Zeitsch. für Geb. u. Gyn. Bb. XIV., II. 1.*)

DR AD. OLIVIER.

Journal de Méd. de Paris.

PÆDIATRIE.

Terreurs nocturnes chez les enfants ; traitement

Le Dr A. Ollivier, médecin de l'Hôpital des enfants malades, indique, en ces termes, la conduite à suivre dans le traitement de ces frayeurs :

“ Les enfants qui en sont atteints sont des nerveux ; traitez-les comme tels. Ne leur prescrivez pas d'emblée des douches et des lotions froides, car elles excitent. Il vaut mieux avoir recours aux bains tièdes de 10, 20 et même 30 minutes ; aux sédatifs ordinaires du système nerveux ; aux bromures, que l'on donnera en solution aux doses de 5 à 30 grains, suivant l'âge des petits malades. La valériane et les préparations qui en dérivent. Le chloral et l'antipyrine peuvent également rendre des services, l'opium ne vaut rien. Il n'est pas plus indiqué, dans les conditions actuelles, que dans aucune affection du système nerveux chez les enfants.”

Nous ajouterons que le sulfonal, à la dose de 2 à 4 grains, administré une à deux heures avant le coucher, est un prompt et puissant moyen de dissiper ces fantômes qui terrorisent les enfants pendant leur sommeil.

Il est utile de porter aussi son attention sur le régime de l'enfant. Considérant la faiblesse héréditaire de son système nerveux, il ne faut pas permettre une alimentation de nature à trop exciter le plexus solaire pour que celui-ci, par réflectivité, n'aille pas ébranler le cerveau.

(Journal d'accouchements.)

Tisane de blé dans la gastro-entérite des enfants

Par le Dr Dupré, de Reims

Hippocrate, il y a 2,500 ans, recommandait la tisane comme utile dans les fièvres : c'était une décoction d'orge ; nous avons donné la préférence à la *tisane de blé* ; nous dirons tout à l'heure pourquoi.

La tisane de blé est ainsi composée :

Blé.....	une cuillerée à soupe.
Gruau d'avoine.....	} à une ½ cuillerée à soupe.
Orge.....	

On fait bouillir le tout dans une pinte d'eau, on laisse réduire d'un quart après avoir salé légèrement, enfin on passe et on sucre.

Nous obtenons ainsi une mixture d'un blanc jaunâtre, d'une consistance un peu mucilagineuse que les enfants prennent volontiers sans jamais manifester de dégoût. En dehors de ses qualités nutritives, cette tisane contient des éléments minéraux qui permettent à l'enfant de réparer les pertes résultant de la désassimilation des matières minérales dans les cellules, matières qui jouent le rôle de médiatrices dans les échanges organiques.

L'enfant est soumis à cette alimentation unique pendant 4, 5, 6 jours et plus, et quand au bout de ce temps, les vomissements et la diarrhée ont entièrement cessé, que les selles ont repris leur teinte jaune habituelle, et qu'enfin l'état de l'enfant nécessite une alimentation plus substantielle, nous nous sommes bien trouvé d'un mélange de trois cuillerées à soupe de bouillon de bœuf dégraissé pour une cuillerée de lait. Ce mélange peut être renouvelé aussi souvent qu'on le jugera convenable ; il a le double avantage d'être toléré et d'être pris sans dégoût.

La tisane de blé ne devra jamais être réchauffée, il faudra la préparer au moment de s'en servir, sinon, comme elle fermente facilement, elle deviendrait nuisible.

Nous ne donnons que rarement les eaux de Vichy ou de Vals pour couper le lait, parce que nous avons remarqué que ces eaux sont souvent la cause de la persistance de la diarrhée.

(Revue Méd.-Chir. des Maladies des Femmes.)

Traitement de la constipation habituelle chez les enfants.

La constipation est la cause d'une foule de désordres chez les petits enfants. Les laxatifs ne donnent souvent qu'une amélioration temporaire. La constipation est très commune chez les enfants qui ont été élevés au biberon, mais ceux qui sont élevés au sein n'en sont pas exempts. Une quantité insuffisante de sucre dans le lait, un coagulum trop serré de la caséine, sont des causes assez ordinaires de la paresse intestinale. L'excès des féculents, l'usage d'une nourriture laissant beaucoup de résidu, provoquent un catarrhe intestinal qui empêche l'efficacité des contractions de la tunique musculaire en augmentant la sécrétion muqueuse. D'un autre côté, une alimentation insuf-

fisante rend les selles dures. La surcharge du côlon qui se distend et s'habitue à être distendu, est la principale cause de la torpeur de la contraction intestinale. Enfin certaines nourrices peu scrupuleuses administrent volontiers à leurs nourrissons des préparations opiacées, sirop diacode, qui sont une cause puissante de constipation. La flatulence, les coliques, l'état saburral de la langue, l'agitation dans le sommeil sont les symptômes les plus communs de la constipation habituelle.

Des soins hygiéniques remédient souvent à cet état. Si l'enfant est au sein on lui donne une cuillerée à dessert de sirop de chicorée, trois ou quatre fois par jour, avant son repas. On aura soin qu'il prenne une quantité d'eau suffisante qu'on filtrera ; cette prescription s'applique surtout pendant la saison des chaleurs où la transpiration est très active. Le catarrhe intestinal peut être entretenu par une alimentation trop féculente, ou, à défaut de cette cause, par des vêtements trop légers, qui laissent les jambes nues : l'habillement et le régime alimentaire sont deux points sur lesquels, d'après M. Eustache Smith, on doit porter son attention lorsque l'enfant est constipé. En outre, on stimulera les contractions de l'intestin par des frictions sèches faites avec la main sur le ventre.

Les lavements sont utiles pour produire une évacuation immédiate, mais ils ne peuvent régulariser l'action intestinale. Une injection d'eau additionnée de quarante à soixante gouttes de glycérine, est suivie d'un effet rapide. Mais, au point de vue des effets curatifs, on doit leur préférer les médicaments administrés par la bouche. M. Eustache Smith recommande une mixture composée d'une goutte de teinture de noix vomique, et de cinq gouttes de teinture de belladone dans 1 once d'une légère infusion de sené. On administre cette potion par cuillerées à café avant les repas, deux fois par jour. L'extrait de cascara, à la dose de vingt à trente gouttes associé à la glycérine peut être recommandé. Si les selles dures indiquent l'absence de sécrétion intestinale, on peut donner une petite dose de sulfate de soude (5 à 10 grains pour un enfant de six mois.) Une pratique populaire et efficace dans l'ouest de l'Angleterre consiste à donner $\frac{1}{2}$ grain de soufre coloré avec de la cochenille.

Formulaire mensuel.)

OPHTHALMOLOGIE.

L'emploi de la chaleur humide, en ophthalmologie

par le Dr J. LEPLAT, assistant d'ophthalmologie à l'Université.

Sous cette dénomination de chaleur humide, nous entendons désigner seulement les compresses chaudes, ou le pansement humide à l'eau pure ou tenant en dissolution une substance désinfectante. Nous rejetons les cataplasmes à la farine de lin ou à la mie de pain, et les lotions de guimauve dont la vogue est passée.

Il règne encore une certaine confusion dans l'emploi de la chaleur humide en ophthalmologie, certains auteurs s'en montrant partisans empressés, certains auteurs la rejetant presque systématiquement. Notre intention n'est pas de faire une revue de l'opinion des auteurs sur ce sujet, mais de donner notre sentiment personnel. Nous passerons en revue les affections oculaires, rangées suivant l'ordre anatomique

Affections des paupières et des voies lacrymales—Les compresses humides et les cataplasmes nous ont toujours paru exacerber les phénomènes inflammatoires dans la blépharite ulcéreuse. Nous préférons dans cette maladie, la pommade au précipité blanc si le cas est léger ; si les ulcérations sont nombreuses et profondes, nous pratiquons la cautérisation des ulcères au crayon de nitrate d'argent. Il faut pourtant bien recommander les compresses chaudes, pour nettoyer les paupières et enlever les croûtes, que des parents négligents laissent s'accumuler sur les bords palpébraux.

Dans l'orgelet, nous trouvons rarement l'occasion de prescrire la chaleur humide. Ou bien le petit furoncle n'a pas encore atteint la période de suppuration et alors nous le faisons avorter presque sûrement par le massage à l'aide de la pommade au précipité rouge, préconisée par notre ami le docteur JORISSENNE. Ou bien la suppuration s'est établie et il ne reste plus qu'à ouvrir l'abcès, l'exprimer et le remplir d'iodol.

Dans le cas d'abcès lacrymal au début, on parvient parfois à faire rétrocéder l'affection par la compression énergique à l'aide de tampons d'ouate sèche. Si nous devons ouvrir la collection purulente, nous recouvrons l'incision d'un pansement humide au sublimé corrosif.

Affections conjonctivales.—Ce n'est que dans la conjonctivite croupale (1) que nous employons la chaleur humide. Dans cette maladie,

(1) La conjonctivite diphthéritique est une rareté dans notre pays. Quand on trouve une fausse membrane sur la conjonctive, on est toujours en présence d'une conjonctivite purulente grave des nouveau-nés ou d'une conjonctivite catarrhale, suite de rougeole.

nous faisons appliquer des compresses chaudes de sublimé à 4 pour 2,000 jusqu'à ce que la fausse membrane soit éliminée ; après quoi, nous cautérisons.

Dans l'ophtalmie cararrhale, nous avons vu souvent l'affection gagner la cornée sous l'influence de la chaleur humide (farine de lin, mie de pain, caillebotte, eau de guimauve, viande de veau, etc.) Il apparaît alors à une faible distance de la marge scléro cornéenne deux ou trois petites infiltrations, rangées concentriquement au bord cornéen. Ces infiltrations se transforment en ulcères ; ceux-ci se réunissent et forment un petit sillon arciforme, qui peut entreprendre une demi-circonférence de la cornée et plus. Nous considérons donc la chaleur humide dans la conjonctivite catarrhale, non seulement comme inutile, mais comme nuisible. Que, dans un cas aussi compliqué, on cesse les cataplasmes et qu'on cautérise hardiment au nitrate d'argent, en prenant la précaution de laver l'œil à grande eau après qu'on l'a touché, et l'on verra une amélioration survenir rapidement.

Dans les conjonctivites granuleuse et phlycténulaire avec pannus, la photophobie est parfois très grande et pourrait faire craindre d'employer des irritants. Qu'on rejette la chaleur humide, car elle n'aura pour effet que d'augmenter la photophobie et la vascularisation de la cornée. Il faut, dans de tels cas, lui substituer, dans la première, l'atropine et le nitrate d'argent ; dans la seconde, la pommade au précipité jaune.

Affections cornéennes—Nous venons de ranger le pannus dans les affections conjonctivales ; en effet, la kératite vasculaire n'est qu'une propagation de la maladie de la conjonctive à la cornée et elle nécessite un traitement différent, selon la cause qui la provoque. Le traitement dépend donc de l'affection primitive.

Plusieurs maladies de la cornée sont justiciables de la chaleur humide.

La kératite parenchymateuse, comme on sait, présente trois stades bien distincts ; 1^o infiltration, 2^o vascularisation, 3^o régression. On sait que les vaisseaux ont d'abord une tendance à se développer jusqu'à ce qu'ils aient envahi la cornée entière, puis ils disparaissent peu à peu. On a donc intérêt à hâter à un certain moment le développement de cette vascularisation et la chaleur humide nous rendra ainsi des services à la deuxième période.

L'ulcère à hypopyon réclame l'application d'un pansement humide au sublimé. On peut aisément se rendre compte du bon effet de ce traitement si l'on se souvient qu'il s'agit ici d'un ulcère infecté, où il faut détruire les germes au plus tôt.

Irido-cyclites.—Rien ne calme mieux les douleurs ciliaires que les compresses chaudes ; aussi sont-elles indiquées dans l'iritis et l'irido-

cyclite spontanées ou traumatiques. Si cependant le cristallin était lésé, il serait préférable de recourir, les premiers jours, selon le conseil de ARLT, aux compresses glacées, afin de retarder l'imbibition des fibres cristalliniennes par l'humeur aqueuse et éviter l'hypertonie.

Dans les affections cornéennes qui s'accompagnent de phénomènes du côté de l'iris et du corps ciliaire et qui provoquent ainsi des douleurs ciliaires vives, telles que l'ulcère infecté, l'herpès cornéen, on emploiera avec avantage les compresses chaudes. Seulement, pour être actives, elles doivent être maintenues à la plus haute température supportable et être continuées pendant un temps assez long (une heure) sans interruption.

Voici le moyen le plus pratique de faire des compresses chaudes: Le patient s'étend sur son lit ou dans un fauteuil. A portée de sa main, on installe un grand vase rempli d'eau chaude sur laquelle surnage un récipient contenant le liquide à employer (eau pure, s'il n'y a pas de plaie de l'œil, solution de sublimé dans le cas contraire.) Le patient a à sa disposition deux linges fins, pliés en 6 ou 8 doubles, et tandis que l'un d'eux est appliqué sur l'œil fermé, l'autre plonge dans le liquide. Dès que le linge perd de la chaleur, le malade doit le remplacer par l'autre et cette substitution se fera le plus rapidement possible. Le liquide sera maintenue à la température la plus haute que la peau peut supporter sans douleur.

(Gazette Médicale de Liège.)

ELECTROTHERAPIE.

L'électrolyse linéaire dans les rétrécissements de l'urètre, d'après la méthode de J. A. Fort.

Dr Michel Pavone, de Naples

L'électrolyseur de Fort est très simple. Il consiste en une bougie fine comme un No 7 et longue de 20 à 24 pouces; cette bougie, filiforme à une de ses extrémités, est traversée dans sa première moitié par une fine tige métallique entièrement isolée et terminée par une petite lame de platine triangulaire mousse qui émerge de la bougie. Une ouverture pratiquée à l'extrémité de l'instrument sert à le mettre en communication avec le pôle négatif; une vis de pression le fixe à un bouton d'ivoire sur lequel on doit appuyer le doigt: tel est l'instrument.

Procédé opératoire.—On prépare le malade en lui vidant la vessie, c'est possible, et en faisant passer un courant d'eau boriquée dans

le canal de l'urèthre. On règle une pile à courant continu, de préférence celle de Chardin, et lorsqu'on s'est assuré qu'elle marche bien, on place le pôle positif formé par une plaque, au pli de l'aine. On introduit ensuite l'électrolyseur dans le canal en faisant pénétrer dans la vessie la partie conductrice et en appliquant la lame de platine sur le point rétréci. A partir de ce moment, l'instrument ne doit plus être retiré jusqu'à la fin de l'opération ; il incombe au chirurgien de proportionner la hauteur de la lame à la dimension du rétrécissement et au calibre du canal. Lorsque l'instrument est bien placé, on l'adapte au pôle négatif de la pile. On avertit le malade qu'il va sentir une sorte de chatouillement soit dans le canal, soit à la cuisse, et on confie la pile à un aide qui, au moyen d'un manipulateur, prend successivement 4, 6, 8, 10, 12 éléments, selon les cas ; en même temps l'aide compte les minutes et les secondes employées, ainsi que le nombre de milliampères signalés par le galvanomètre.

Si le malade ne se plaint pas, on peut prendre douze éléments, et on obtient alors au moins 10 milliampères ; mais si le patient accuse une chaleur assez vive, il faut alors s'arrêter à 6 ou 8 éléments, quitte à prolonger l'opération de une ou deux minutes.

Il y a des cas dans lesquels le rétrécissement est franchi en 30 ou 40 secondes ; mais ordinairement il faut deux ou trois minutes ; rarement on est obligé de prolonger la séance plus de trois minutes. Cela arrive quelquefois dans des cas de rétrécissements très durs.

Pendant que l'instrument agit, on le maintient contre le point rétréci, en exerçant une légère pression avec l'index appliqué sur le bouton d'ivoire. La descente brusque de l'instrument plus avant dans le canal indique au chirurgien que l'opération est faite. On remet alors le manipulateur au repos, ou bien on interrompt le contact entre l'instrument et le pôle négatif, et on retire l'électrolyseur. Il arrive souvent qu'il se produit une légère contraction du canal au niveau du point qui était rétréci, d'où il résulte une certaine difficulté à retirer l'instrument ; dans ce cas, après s'être assuré que le manipulateur est au repos, on rétablit le contact, comme avant, et l'on retire l'instrument de l'urèthre en augmentant légèrement le sillon électrolytique que l'instrument avait fait pour pénétrer. On vérifie avec une bougie la dilatation produite, et généralement on constate qu'une bougie No. 18 peut être introduite dans un rétrécissement qui n'avait pas plus de $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ de ligne de diamètre. L'opération se fait presque sans une goutte de sang, excepté lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement saignant au plus léger contact.

Une fois qu'on a constaté le degré de dilatation obtenue, on introduit dans la vessie une sonde d'un calibre inférieur à celui de la bougie

qui a pu pénétrer après l'opération, et on injecte au moyen d'une seringue que l'on adapte à la sonde 6 à 8 onces d'eau boriquée saturée. On retire alors la sonde, et le malade fait lui-même le lavage et l'asepsie de son canal en chassant le liquide injecté.

Le malade se repose pendant quelques jours, et peut ensuite reprendre ses occupations.

Il y a 18 mois que Fort traite par le procédé que nous venons de décrire, les rétrécissements de l'urèthre, et sur 600 opérés il n'a eu aucun accident.

Le docteur Pasquier, médecin en chef de l'hôpital d'Evreux a opéré avec succès au moyen de l'électrolyse linéaire un de ses malades atteint de rétrécissement de l'urèthre. Peu de temps après, M. Eymer, médecin en chef de l'hôpital de Niort, publia une observation remarquable de rétrécissement traumatique de l'urèthre guéri au moyen de l'électrolyseur Fort. Richet, Péan, Marchand et autres se sont déclarés favorables à ce procédé.

Avec l'électrolyse linéaire on n'incise pas, mais on produit simplement un sillon par destruction lente des éléments anatomiques qui forment le rétrécissement.

Cette destruction n'ouvre pas les vaisseaux comme le fait l'incision, mais au contraire les oblitère, empêchant ainsi la pénétration de l'urine dans le sang : ce qui fait que l'électrolyse linéaire est inoffensive.

Paris, 8 février 1890.

(Extrait du *Giornale internazionale delle scienze mediche* du Docteur Cantani, 15 mars 1890.)

Traitement électrique des vomissements de la grossesse.

Dans cinq cas de vomissements incoercibles de la grossesse, le docteur Gunther, de Montreux, a obtenu les plus grands succès au moyen de l'électricité. Aucune lésion pathologique de l'utérus ou de ses annexes n'avait pu être constatée. Quatre de ces femmes étaient primipares ; la cinquième avait eu deux enfants déjà, et la grossesse avait été accompagnée chaque fois de troubles plus ou moins violents. Gunther explique ce genre de vomissements par la production d'une action réflexe, entre le système nerveux de l'utérus et celui de l'estomac. Les organes génitaux de la femme peuvent, en effet, être considérés comme reliés à toutes les autres parties du corps, au point de vue de l'action vaso-motrice. Dans les cas graves, on constate un certain degré d'hyperesthésie ; Gunther l'attribue à une névralgie d'origine réflexe.

Le mode d'application de l'électricité dans ces cas est des plus simples. On porte l'anode, sous forme d'une éponge isoée avec du gutta-percha,

jusque sur le col de la matrice. La cathode est placée sur la colonne vertébrale, entre les huitième et douzième vertèbres dorsales, et est représentée par une plaque métallique mesurant 4 à 6 pouces. On ne doit employer qu'un courant continu de faible intensité. On commence avec 2 à 3 milhampères; et dans aucun cas on ne dépasse 5 de ces divisions. Chaque séance dure du 7 à 10 minutes et généralement après quatrième séance, les vomissements ont disparu. S'il persistait encore quelques nausées, le traitement peut encore être continué pendant un temps plus ou moins long —(*Journal des accouchements.*)

Marche électrotherapique à suivre dans le traitement des myopathies d'origine spinale.

Nous empruntons à un très intéressant travail de M. P. Chéron, publié dans *l'Union médicale* (31 décembre 1889), sur le traitement des maladies chroniques de la moelle le passage suivant où se trouve résumé avec beaucoup de précision la marche électrotherapique qui doit être suivie dans le traitement des myopathies d'origine spinale et qui a été exposé dans ses remarquables leçons sur les maladies du système nerveux, par M. Raymond.

Le traitement électrique des myopathies d'origine spinale vient d'être résumé d'une façon complète par M. Raymond dans ses leçons faites à la Faculté de médecine en 1888-89

Il regarde le sens du courant comme indifférent et conseille de le faire passer d'abord dans un sens, puis dans l'autre. Quand l'atrophie est limitée, il faut s'adresser aux régions de la moelle que la physiologie indique comme devant être atteintes. On applique le pôle positif ou anode (courant constant) sur la partie du rachis répondant à la région malade et le pôle négatif (cathode) sur le sternum. Puis, une ou deux minutes, on intervertit l'ordre des pôles. M. Raymond recommande les électrodes larges qui diminuent la densité du courant et, par conséquent atténuent les effets locaux. Le courant faradique doit être appliqué aux muscles atrophies; la durée moyenne de la séance sera de dix minutes. On en fera deux, trois ou plus, par semaine. Il en sera de même pour les courants galvaniques dont les séances durent de deux à quatre minutes. Quand la maladie spinale évolue très lentement, telle l'atrophie musculaire progressive, on pourra prolonger un peu plus la durée de chaque séance.

La durée du traitement devra être, en général, très longue. M. Raymond cite, à ce propos, les règles tracées par Erb à propos de la poliomyélite antérieure aiguë, à savoir: Instituer une première cure de six mois à un an, sans interruption, lorsqu'il s'agit d'un cas récent; faire plus tard—et d'emblée dans les cas anciens—en moyenne deux

cures annuelles, chacune de deux ou trois mois de durée (de quarante à soixante séances), en réservant les intervalles aux autres pratiques thérapeutiques, gymnastique, massage, hydrothérapie. Et M. Raymond ajoute : "La patience du malade, plus encore que celle du médecin, résistera rarement à pareille épreuve."—*L'électrothérapie*

MEDECINE LEGALE.

Suicide par blessure du cœur au moyen d'une épingle.

M. MAGNAN.—Je viens d'observer un cas de suicide qui en raison de son excessive rareté et de son impossibilité apparente me paraît mériter l'attention de notre Société. Il s'agit d'une femme de trente deux ans, héréditaire dégénérée, mélancolique, qui s'est donné la mort au moyen d'une épingle ordinaire mesurant à peine un pouce et quart.

Cette femme, qui avait toujours été impressionnable, très émotive, était hantée depuis un an—à la suite de gêne, de privations dans son ménage—par des idées de suicide. En outre, et ce point a son intérêt, elle avait à certains moments des impulsions homicides. C'est ainsi que plusieurs fois elle fut sur le point de tuer ses enfants. C'est pour se mettre en garde contre elle-même qu'elle demanda à être admise à Sainte-Anne.

Le 6 avril, comme elle était dans un paroxysme d'agitation, elle fut soumise à une surveillance incessante. Or, pendant qu'elle était ainsi surveillée, c'est sous l'œil même de la gardienne qu'elle trouva le moyen de se tuer. Elle était assise penchée en avant, quand tout à coup on la vit pâlir et s'affaisser. On se porta à son secours et on trouva une épingle enfoncée sous le sein gauche.

L'épingle fut retirée et des soins attentifs semblèrent rappeler la malade à la vie ; au bout d'un quart d'heure sa respiration était redevenue facile et tout danger paraissait conjuré quand tout à coup elle pâlit de nouveau et succomba.

Quelle était la cause de la mort ?

On pouvait tout d'abord incriminer des phénomènes réflexes, une syncope chez une femme éminemment nerveuse. L'exigüité de l'épingle rendait peu probable la blessure d'un vaisseau assez important pour fournir dans la cavité péricardique un volume de sang capable d'arrêter le cœur. La pointe du cœur, en effet, vient au contact de la paroi thoracique, mais le reste de l'organe, où les vaisseaux sont plus volumineux, paraît situé trop profondément pour être atteint par une épin-

gle de un pouce et quart dont la tête était encore visible à la peau. Il n'y a pas eu, en effet, de gros vaisseaux lésés, mais la pointe du cœur a reçu plusieurs piqûres qui ont provoqué une hémorragie de 9 onces.

A l'autopsie nous constatâmes que l'épingle avait pénétré dans le sixième espace intercostal ; que, dirigée de bas en haut, elle avait atteint le péricarde au niveau de l'union de cette membrane avec le diaphragme, et qu'elle était venue définitivement se fixer dans l'épaisseur du muscle cardiaque, tout près de la pointe du cœur.

En ouvrant le péricarde, on le trouve rempli d'un sang liquide noirâtre ; après avoir laissé écouler ce sang on aperçoit le cœur logé dans une enveloppe cruorique (jus de groseille) d'une épaisseur de plus d'un demi pouce en arrière, un peu plus mince en avant et en haut. Ce sac enlevé avec précaution, nous laisse voir le cœur, entouré encore d'une gaine cruorique fibrineuse rosée, plus dense, et qui tapisse l'organe dans toute son étendue. Le poids total du sang liquide et des deux enveloppes formées par le sang coagulé est de 9 onces

La pointe du ventricule gauche du cœur, d'un rouge brun, présente distinctement sept petits pertuis qui semblent résulter d'autant de piqûre d'épingles.

Il est probable que ces piqûres ont été faites à des moments différents, mais très rapprochés, ce qui expliquerait la première couche sanguine, fibrineuse, rosée, qui paraissait indépendante de la seconde enveloppe qui était noire, plus épaisse et plus molle.

D'autre part, la position de la malade, accroupie sur le sol, la poitrine légèrement inclinée en avant, permet de se rendre compte de la blessure de la pointe du cœur par une épingle d'un pouce et quart seulement introduite dans le sixième espace intercostal.

M. POLAILLON.—Les blessures du cœur offrent des différences bien extraordinaires au point de vue de leur gravité. On a vu des traumatismes considérables de l'organe, produits par des balles, par des morceaux de bois, etc., n'être pas suivis de mort. Inversement, des blessures extrêmement légères arrêtent le cœur et on succombe par syncope.

Dans le fait extrêmement intéressant de M. Magnan, il paraît bien certain que la mort est due à la compression du cœur par l'abondant épanchement péricardique, mais elle aurait parfaitement pu être amenée par une syncope réflexe, d'autant plus qu'il est rare de voir des piqûres d'épingles occasionner des hémorragies. Il serait intéressant de savoir si l'épingle a traversé complètement les parois et si, par conséquent, l'épanchement sanguin est d'origine intra-cardiaque.

M, MAGNAN.—Même dans l'hypothèse d'une perforation complète le sang n'aurait pas pu passer par des pertuis aussi fins ; mais je ne crois

pas cette hypothèse vrai-semblable en raison de la disproportion qui existe entre les dimensions de l'épingle et l'épaisseur du cœur au niveau des blesseures. Au surplus nous allons vérifier le fait, ce que je n'ai pas voulu faire encore afin de vous montrer la pièce intacte.

(Le ventricule fendu montre que la paroi cardiaque n'a pas été traversée en totalité).

NAISSANCE

A St. Martin, le 19 mai 1890, l'épouse du Dr A. E. Lecavalier, a donné naissance à un fils.

NOUVELLES MÉDICALES

Assemblée des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, tenue à Montréal, le 14 mai 1890.

Présidence de l'honorable Dr Ross.

Après la lecture du procès verbal de la dernière séance, l'on procéda à la distribution des licences.

Les messieurs dont les noms suivent ont été admis à l'étude de la médecine :

Chs. F. N. Stearns, Louis V. Masse, L. J. Trudeau, W. Mitchell, S. S. R. Mackenzie, C. Magnan, G. A. H. Dufresne, R. Trudeau, P. F. X. Goyette, V. Vézina, Hector Valois, C. H. Godin, L. J. H. St. Germain, Arth. Lefebvre, W. A. Stenning, J. D. Brosseau, H. Chaput, J. P. B. Lamarche, W. O. Lambly, S. MacDuff, J. L. Séguin, P. Tardif

M. Paul Emile Philippe, docteur de la faculté de médecine de Paris, demande l'autorisation de pratiquer dans la Province.—Elle lui est accordée.

Le Bureau passe ensuite aux affaires qui regardent la profession en général.

Les Docteurs Thayer et Raymond protestent énergiquement contre l'acte des pharmaciens, enlevant dorenavant aux médecins le droit de tenir une pharmacie.

L'hon. Dr Ross, président, dit qu'il ne voit pas avec plaisir les médecins se laisser enlever leurs droits, mais il fait remarquer qu'il n'y avait à Québec aucun médecin pour s'opposer à la passation de ce bill.

Finalement le Dr Beausoleil dit que les médecins doivent conserver ce droit, et il propose, appuyé par le Dr A. A. Waters, que le comité appointé afin d'étudier les moyens de prévenir l'exercice illégal de la médecine, dans cette province, soit aussi chargé de s'occuper de l'acte pharmaceutique, en tant que concernant les médecins, et fasse rapport à la prochaine assemblée. Adopté à l'unanimité.

L'Association Médicale de St. Hyacinthe demande que le produit de la contribution annuelle des médecins, soit reparté entre les différentes sociétés médicales de la Province, afin que ces sociétés puissent fonder des bibliothèques et que les différents districts se protègent eux-mêmes contre les charlatans. Le Dr St. Germain appuie cette demande.

Le Dr Dagenais, trésorier, dit que le Bureau ne peut faire des largesses, la contribution n'est pas forte et cette année, il y aura peut-être déficit.

Le Dr Marsil serait plutôt d'avis d'élever la contribution afin d'exercer une protection plus efficace et de fonder un bibliothèque médicale à Montréal.

Le Dr Ross dit que les fonds ne seront pas assez considérables pour permettre de fonder une bibliothèque sur des bases solides. Il faudrait d'abord exiger la contribution avec plus d'exactitude et pour cela, nommer des agents immédiatement.

Plusieurs médecins se plaignent de ne pas être protégés assez efficacement et demandent que le Bureau agisse énergiquement contre les charlatans.

M. MacKay est nommé agent du collège pour le district de Montréal, avec ordre de sévir contre les charlatans.

Le Dr Campbell, appuyé par le Dr Gibson, propose qu'à l'avenir le comité chargé d'examiner les diplômes et de délivrer les licences, se réunissent une journée avant l'assemblée du collège. Adopté.

Le Dr Beausoleil, secrétaire du comité chargé de préparer les amendements à la loi médicale, dit qu'il convoquera bientôt les membres de ce comité, afin de leur permettre de terminer leurs travaux assez tôt pour envoyer une copie des résolutions, à tous les membres du bureau au moins un mois avant l'assemblée générale.

Le 10^e Congrès International de Médecine se tiendra à Berlin, depuis le 4 jusqu'au 9 du mois d'août prochain. Une exposition médico-scientifique aura lieu à cette occasion. Le secrétaire général est le Dr O. Lassar, 19 Karlstrasse N. W., Berlin. Le Dr J. Stewart de Montréal, a été nommé pour favoriser l'organisation parmi les membres de la profession au Canada.

La 23^e réunion annuelle de l'*Association Médicale du Canada* aura lieu à Toronto, les 9, 10 et 11 septembre prochain. M. le Dr James Bell, de Montréal, est le secrétaire pour cette province.

Dernièrement, un accident déplorable est arrivé chez un dentiste de cette ville. Un jeune homme du nom de Perrin, âgé de 28 ans, était entré pour se faire extraire des dents et avait demandé à se faire endormir. Après s'être informé s'il n'avait pas quelque maladie organique, le dentiste, ne jugea pas à propos de lui refuser l'anesthésie ; il se servit du protoxyde d'azote. Il commençait déjà l'extraction des dents lorsqu'il s'aperçut que le patient ne respirait plus. Un médecin fut immédiatement mandé, mais lorsqu'il arriva, le jeune homme était mort.

C'est la première fois, croyons nous, qu'un tel accident se produit dans notre ville.

L'on dit que le dentiste chez qui l'accident est arrivé se propose de demander à la prochaine session de la législature des amendements à la loi des dentistes, défendant à tout dentiste de se servir d'un anesthésique quelconque, à moins que ce ne soit en présence d'un médecin.

Une conflagration sans exemple dans les annales des institutions médicales du Canada a eu lieu le 6 mai dernier, à la Longue-Pointe. L'Asile St. Jean de Dieu pour les aliénés a été détruit de fond en comble par un incendie. Le nombre des patients était d'environ 1200, dont la moitié étaient des femmes. Les hommes ont tous été sauvés, mais l'on calcule qu'il n'y a pas moins d'une cinquantaine de femmes qui ont péri. Les pertes financières s'élèvent à a peu près \$1,000,000 ; la bâtisse était assurée pour \$300 000. Le coroner est en ce moment à tenir une enquête : l'on ignore l'origine du feu. L'asile était sous la direction des Révérendes Sœurs de la Providence qui ont fait preuve d'un grand dévouement pour le sauvetage des malades et dont quatre ont péri dans les flammes.

Puissance procréatrice extraordinaire

M. le Dr F. H. L. St. Germain de St. Hyacinthe, nous communique l'observation suivante :

Il vient de mourir dans la paroisse de St. Dominique, comté de Bago, un nommé Pierre Beaunoyer dit Frapied, à l'âge de 95 ans.

D'un second mariage contracté vers sa 75^{ème} année, il eut trois enfants, dont le plus jeune a 13 ans ; bien constitué, fort, robuste et vigoureux.

Voici un fait qui prouve que la race canadienne-française n'a pas tout perdu de sa vigueur. Il serait difficile je crois de citer plusieurs faits analogues.

Une femme pétrifiée.

Nous lisons dans un journal de Winnipeg (Canada). "Il y a environ seize ans, mourait dans notre ville une femme nommée Adélaïde Rolade, qui fut ensevelie à vingt milles de la ville. Son mari, M. Rolade, se rendit, il y a quelques jours, au lieu de sa sépulture pour l'exhumer et transporter ses restes dans un autre cimetière. Mais quelle ne fut pas sa surprise et celle de quelques amis venus avec lui, en trouvant le corps de la morte dans un état de conservation parfaite et n'ayant pas perdu un seul de ses cheveux. Leur étonnement augmenta lorsqu'ils voulurent la soulever, elle pesait le poids énorme de 700 livres ! Un examen attentif fit découvrir que le cadavre avait été déposé dans le voisinage d'une source alcaline dont l'action lente et continue avait amené sa complète pétrification !" — (*Journ. de med. de Paris.*)

Opération sous l'influence de l'hypnotisme.

Bien que rares encore, les opérations de ce genre commencent à faire quelque bruit dans le monde médical. En voici un exemple récent :

Un garçon de 17 ans, suédois, entre le 8 septembre 1889 à l'hôpital Saint-Barnabé (de Minneapolis), dans le service du Dr Wood pour une ostéo myélite du tiers supérieur de l'humérus. Le Dr Toll l'hypnotisa six fois dans les trois jours qui précédèrent l'opération, afin de l'y habituer ; au moment de l'opération, on l'hypnotisa dans son lit, puis on le conduisit à l'amphithéâtre où on le fit coucher sur le lit. Plusieurs fistules furent explorées, grattées, injectées, puis on fit une incision de 4 pouces de long à la face externe du tiers supérieur du bras, jusqu'à l'os, et à l'aide du ciseau on fit une ouverture de 3 pouces de long et de $\frac{3}{4}$ de pouce de large jusqu'au canal médullaire, ce qui fut très difficile à cause de l'éburnation de l'os. Pansement très facile parce que le patient prit toutes les positions nécessaires, au commandement. Enfin, on lui ordonna de se réveiller à midi et de demander à manger ce qu'il fit ponctuellement. Aucune douleur apparente pendant l'opération. (*Revue Méd. Chir. des mal. des femmes*)

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Préparations de créosote pour le traitement des maladies des voies aériennes.

(PERRY WATSON)

A. *Pour inhalations.*

I Créosote.....	}	ââ
Chloroforme.....		
Alcool.....		

S.—à mettre V XX gouttes dans le pulvérisateur ; répéter ces inhalations toutes les trois heures.

II. Iodoforme.....	20 grains	
Créosote.....	IV gouttes	
Huile d'eucalyptus.....	VII —	
Chloroforme.....	XLVIII —	
Alcool.....	}	ââ q. s. p. f. ½ once
Éther.....		

S.—A mettre toutes les 3 heures, V XX gouttes dans un inhalateur.

B. *Pour l'usage interne.*

I. Créosote.....	XXIV gouttes
Glycérine.....	I once
Sirop de fleur d'oranger q. s. p. f.	2 onces

M. D. S.—A prendre, par cuillerée à café, toutes les trois heures.

(J. E. NEWCOMB.)

II. Créosote.....	}	3 drachmes	
Teinture de capsicum.....			
Mucilage de gomme arabique.....			4 drachmes
Eau distillée.....			4 onces

D. S.—A prendre une cuillerée à café bien diluée.

N. B. La proportion de créosote peut être diminuée ou augmentée suivant l'âge du malade et de la manière dont il supporte le remède. (*Virginia med Monthly*. 1889, et *Nouveaux Remèdes*)

Dyspepsie flatulente

M. le Dr Huchard, dans le *Bulletin Médical*, indique certains moyens pour combattre cette dyspepsie et empêcher le développement des flatulences. Parmi les médicaments à employer dans ce but, un des meilleurs est le chloroforme. En raison de son action locale et irritante, il ne faut pas l'employer à l'état de pureté ou en capsules, comme on l'ordonne trop souvent. Le mieux, comme Lasègue l'a démontré, est d'avoir recours à l'eau chloroformée saturée d'après une des formules suivantes :

Eau chloroformée saturée.....	5 onces
Eau distillée.....	4 onces
Eau de menthe.....	1 once

On prend soit avant, soit pendant le repas, une cuillerée à café de la mixture précédente comme de celle qui suit :

Eau chloroformée saturée.....	} à 5 onces
Eau de fleurs d'oranger.....	
Teinture de badiane.....	

Dans la préparation suivante, le chloroforme est associé aux excitants de la fibre gastrique.

Teinture de gentiane.....	} à 1 drachme
Teinture de badiane.....	
Teinture du noix vomique.....	
Chloroforme	XX à XL gouttes

Filtrez. Prenez 10 à 20 gouttes dans un peu d'eau, un quart d'heure au moins avant le repas.

Lorsque l'on veut employer les poudres dites absorbantes, on peut prescrire la formule suivante :

Poudre de charbon de peuplier.....	2 drachmes
Bicarbonate de soude.....	1 ½ "
Magnésie calcinée.....	1 "
Poudre de Colombo.....	½ "

Pour 40 cachets. Prendre un cachet, au moins une demi-heure ou une heure avant le repas.

Si on veut avoir en même temps une action antiseptique, on peut prescrire :

Naphtol B.....	} à 75 grains
Salicylate de bismuth.....	
Magnésie.....	

Pour 30 cachets, qui s'administrent de même.

Enfin à titre d'eupeptique on peut avoir recours à la préparation suivante :

Pancréatine.....	} à 1 ½ once
Bicarbonate de soude (ou benzoate de soude) .	
Magnésie.....	
Poudre de noix vomique.....	8 grains.

Pour 20 cachets. Un cachet au commencement de chaque repas.

Névralgie, injections d'éther sulfurique

Nous lisons dans les *Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, que M. le Dr Kums, de cette ville, obtient de notables succès par ce traitement, même dans les cas les plus accentués. La cure est prompte, radicale et persistante.

Lavements à l'éther dans l'occlusion intestinale.

V. CLAUSI (*II Morg.*; *Berl. klin. Wechschr.*, 1890, n° 12) a traité avec succès deux cas d'occlusion intestinale rebelles à toute médication par des lavements à l'éther (70 grammes d'éther mélangé à l'alcool et à 300 grammes d'eau de fenouil) introduits profondément dans le rectum à l'aide d'une sonde molle. La sensation de chaleur dans l'abdomen et les renvois avec l'odeur caractéristique de l'éther sont sans doute dus, d'une part, à des mouvements péristaltiques provoqués (excitation directe des nerfs intestinaux) et à la dilatation mécanique du tube intestinal par les vapeurs d'éther.

(*Wien. med. Pr.*, 1890, n° 14, p. 549.)

Huile phéniquée dans le traitement de la gale.

FRED. TRESILIAN (*Brit. med. Journ.*, 5 avril 1890, p. 781) s'est trouvé bien, dans 8 cas de gale rebelle à l'onguent sulfureux ou à la solution de *Piemincekx*, de l'emploi de l'huile phéniquée :

Huile d'olive..... 15 parties
Acide phénique..... 1 partie.

D. S.—A frictionner les parties affectées.

La guérison survient très rapidement (2-3 jours). La démangeaison diminue peu de temps après l'institution du traitement, grâce à l'action anesthésique locale de l'acide phénique. Il est vrai que l'onguent sulfureux tue souvent l'acarus ; mais, en revanche, il exacerbe fréquemment la dermatite.—(*Les Nouveaux Remèdes.*)

Atropine contre l'incontinence d'urine.

WILLIAM PERRY WATSON (*Arch. of Pedriat*; *Ther Gaz.*, décembre 1889) rapporte 30 cas d'incontinence d'urine chez les enfants âgés de 15 mois à 3 ans, qui, presque tous, furent guéris par le sulfate d'atropine. Il se servit de la solution suivante :

Sulfate d'atropine..... 1 grain
Eau distillée..... 1 once.

D. S.—A donner, à 4 heures et à 7 heures après-midi, autant de gouttes que l'enfant a d'années.

(*Journ. of the am. med. Associa.*, 29 mars 1890, p. 464.)

Traitement de l'ascite.—(F. VERBRINGER)

Infusion de feuilles de digitales..... $\frac{1}{2}$ drachme pour 5 onces
Citrate de caféine..... 30 grains
Teinture de strophantus..... 1 drachme
Liquueur d'acétate de potasse..... 2 onces
Jus de réclisse..... 1 drachme.

M. D. S.—A donner en deux jours.

D. med. Wechschr., 1890, n° 12 ; *Wien. med. Wechschr.*, 1890, n° 14, p. 576.)—(*Les Nouveaux Remèdes.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'oreille et leur traitement par le Dr Arthur Hartman, de Berlin, ouvrage traduit sur la quatrième édition, 1889, et annoté par le Dr Potiquet, avec 45 figures dans le texte. Paris, Asselin et Houzcau, place de l'École de Médecine.

Réunir tout ce que l'expérience enseigne d'utile pour le praticien qui désire traiter ces affections sans en faire l'objet d'une étude spéciale et approfondie, tel a été le dessein de l'auteur en écrivant ce livre, et il a parfaitement réussi puisque cet ouvrage a eu quatre éditions en huit ans, qu'il a été traduit en anglais, en italien et en français.

* *
*

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL. — Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par le Dr Paul Poirier, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux. Volume in-8 de 60 pages avec 11 dessins. Prix 2 fr.

ÉTUDE ANTHROPOMÉTRIQUE sur les prostituées et les voleuses par le Docteur Panline Tarnowsky. Volume in-8 de 221 pages, avec 8 tableaux anthropométrique et 20 dessins. Paris, 14 rue des Carmes. Prix, 5 f.

* *
* *

LA SCROFOLA ED IL MARE, per il Dott. Cav. Ginseppe Badaloni Milano, Stabilimento Civelli, 1889.

* *
* *

L'OSPICIO MARINO DI FANO, per il dott. Badaloni. Pessar, Stabilimento Federici, 1889.

* *
* *

CHLORALAMID A NEW HYPNOTIC, 1889. Lehn & Fink, New York.
