

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

GUIDE DU VACCINATEUR (1).

Les deux vaccins.

AVANT-PROPOS.

Obéissant à une pensée humanitaire et patriotique, la *Société française d'hygiène* a entrepris de doter la France d'un de ces établissements vaccino-gènes créés avec succès à Paris et dans plusieurs capitales de l'Europe.

Pour entrer d'emblée dans la voie des applications pratiques, la Société a organisé un service de vaccination gratuite qui fonctionne depuis trois ans dans l'une des salles de la *Société d'Encouragement pour l'Industrie nationale*, 44 rue de Rennes, et qui met à la disposition des médecins et du public, du vaccin d'enfant (jennérien), et du vaccin animal (génisses de M. Chambon).

En présence du nombre considérable de renseignements qui sont réclamés journellement par les confrères de Paris et de la Province, sur l'organisation même du service de vaccination de la Société et sur son mode de procéder, le Bureau a pensé qu'il y avait lieu de confier à une commission, composée de MM. CHAMBON, DROMAIM, FOURUE, GIRAULT et de PIETRA SANTA, le soin de rédiger, sous forme de conseils et d'instructions, des détails précis sur la culture et le mode d'emploi des deux vaccins.

Ce travail, véritable *Memento* du vaccinateur, sera donc essentiellement pratique et complètement en dehors de toute controverse théorique.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES.

La *Variole*, vulgairement appelée petite vérole, est une maladie d'une nature épidémique, essentiellement contagieuse, ca-

(1) Nous croyons intéresser nos lecteurs en publiant ce travail adressé par la "Société Française d'Hygiène" à la "Société Médicale de Montréal" et qui contient des détails aussi complets que précis sur la culture et le mode d'emploi des deux vaccins.—(NOTE EDIT.)

ractérisée par une éruption spéciale sur la peau et accompagnée d'une réaction fébrile intense.

On appelle *Vaccine* la maladie pustuleuse et contagieuse particulière aux vaches, qui inoculée aux enfants, les préserve de la petite vérole.

La *Vaccination* (inoculation de la Vaccine), est l'opération qui consiste à mettre le virus-vaccin en contact avec les vaisseaux absorbants de la peau, au moyen de petites piqûres (par pointes de lancettes ou d'aiguilles à vacciner).

On appelle *Vaccin* le virus particulier, le germe doué de la propriété antivariolique. Il a été ainsi nommé parce qu'il a été recueilli dans les pustules qui surviennent quelquefois aux pis des vaches.

Le *Cow-pox* (de *cow* : vache, et *pox* : variole) est le nom donné en Angleterre à l'éruption (pustule ombiliquée) qui se manifeste sur les trayons des vaches, et qui contient le virus-vaccin.

Le *Horse-pox* (de *horse* : cheval, et *pox* : variole) est l'éruption pustuleuse vaccinogène, ayant son siège sur tout le corps et particulièrement aux jambes, qui se développe sur le cheval.

Au dire d'auteurs compétents, cette éruption spontanée chez le cheval serait l'origine première de la vaccine.

Le *vaccin jennérien* est le virus pris par Jenner sur le pis de la vache, et inoculé à l'enfant : virus transmis depuis 1796, sans interruption, d'enfant à enfant.

Le *vaccin animal* est le virus transplanté de la vache à une jeune génisse, et perpétué par des cultures successives sur l'animal.

La *rétro-vaccination* est une opération qui consiste à inoculer sur la génisse, le virus-vaccin pris sur un enfant, pour le conserver par des cultures successives. Ce procédé est généralement proscrit. Les deux seules méthodes logiques sont l'inoculation d'enfant à enfant (*vaccin jennérien*), et l'inoculation de génisse à génisse (*vaccin animal*).

En Angleterre, les médecins vaccinateurs professent la croyance que le virus-vaccin actuel provient originairement de celui qui fut recueilli par Jenner et inoculé au jeune Phips. En France, le virus-vaccin de l'Académie de médecine a été renouvelé une fois, en 1836, par M. Bousquet (vaccin de Passy femme Fleury), et une seconde fois, par M. Depaul, en 1870 (vaccin de Beaugency).

Le vaccin animal a déjà été renouvelé plusieurs fois en Italie de 1840 à ce jour.

La Société française d'hygiène a utilisé et employé avec succès, du vaccin provenant du *Horse-pox* dit *vaccin des Champs-Elysees* (1880).

VACCIN JENNÉRIEN.—VACCIN D'ENFANT.

Le vaccin est un liquide visqueux, inodore, incolore, d'une saveur âcre et salée: l'analyse chimique y décèle de l'eau et de l'albumine; le microscope y démontre des microbes spiriformes, les uns groupés sur cellules épithéliales, les autres flottant dans le sérum, des corpuscules gras et quelques globules sanguins. Le vaccin se dessèche rapidement sur une surface plane en conservant sa transparence; liquide ou desséché, il se dissout facilement dans l'eau.

L'évolution de la vraie vaccine (la seule qui préserve de la petite vérole) est ainsi établie par les instructions de l'Académie de médecine (D^{rs} Bousquet, Depaul, Blot).

Du premier au troisième jour.—Entre l'insertion du virus pris sur le bras d'un enfant et l'apparition des boutons, il s'écoule au moins trois jours pendant lesquels on n'aperçoit presque aucune trace de l'opération.

Du troisième au quatrième jour.—Du troisième au quatrième jour, un peu plus tôt en été qu'en hiver, on distingue sur chaque piqûre un petit point rouge plus sensible au toucher qu'à la vue: la période de papulation commence alors.

Cinquième jour.—Le cinquième jour, à compter de celui de l'inoculation, ou le deuxième de l'éruption, le bouton est un peu plus prononcé, et l'on sent sous le doigt un petit engorgement très circonscrit.

Sixième jour.—Parvenu au sixième jour, ce petit bouton cesse de se développer en pointe; il s'élargit, s'aplatit, se déprime au centre, et prend une teinte blanchâtre tirant un peu sur le bleu, qui joue le reflet de l'argent ou de la nacre. En même temps, la base de chaque bouton s'entoure d'un petit cercle rouge qui s'étend chaque jour davantage.

Septième et huitième jours.—Les septième et huitième jours, mêmes symptômes avec un peu plus de développement. A cette époque, la pustule dans son éclat est large de 7 à 8 millimètres, d'un blanc légèrement azuré, entouré d'une auréole rouge plus ou moins étendue, déprimée dans le milieu et terminée par des bords durs, saillants et plus élevés que le reste de la surface.

Neuvième et dixième jours.—Les neuvième et dixième jours, l'auréole s'élargit; elle prend une couleur vive, vermeille, et s'étend jusqu'à 18 et 20 millimètres; l'engorgement des parties sous-jacentes est d'autant plus prononcé que l'auréole est plus étendue.

Onzième jour.—Le onzième jour l'auréole se rétrécit, la rougeur diminue, le bouton commence à se flétrir, le reflet argenté s'altère et brunit.

Douzième et treizième jour.—Du douzième au treizième jour, le bouton se dessèche et se transforme bientôt en une croûte dure, noirâtre, qui tombe du vingtième au vingt-cinquième jour, en laissant une cicatrice indélébile.

On vaccine de bras en bras en prenant la lymphe vaccinale du sixième ou septième jour : dans la pratique ordinaire, on attend le huitième jour, pour des raisons de commodité ou de facultés de service. Pour la recueillir, on fait de légères piqûres sur le bouton et l'on voit bientôt le rivus s'épanouir à la surface, comme une légère rosée (fig. 1).

Le procédé qui consiste à enlever entièrement toute la pellicule, pour mettre à nu le bouton, donne plus de lymphe, mais il est plus douloureux et il expose davantage l'enfant à des phénomènes locaux d'irritation, d'inflammation, voire même de rougeur érysypélateuse.

On pratique ordinairement la vaccination sur la partie externe du bras, au niveau du triangle deltoïdien, mais on peut inoculer le vaccin sur d'autres parties du corps, selon la convenance des personnes.

On fait, en général, trois piqûres à chaque bras, soit en triangle soit en ligne longitudinale, en ayant soin de laisser entre chaque point d'inoculation un intervalle de 2 à 3 centimètres, afin que les auréoles ne se confondent pas.

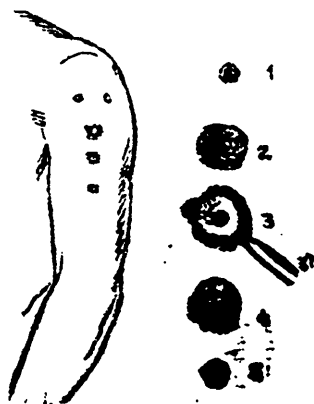


Fig. 1

La vaccination doit être pratiquée dès les six premiers mois de l'existence. Les enfants seront vaccinés d'autant plus

jeunes qu'ils se trouveront dans des conditions hygiéniques plus mauvaises : dans les hospices, hôpitaux ou asiles, il n'y a aucun inconvénient à vacciner dès les premiers jours qui suivent la naissance. L'enfant pris comme vaccinifère doit être choisi absolument sain : le médecin examinera avec soin les antécédents morbides de la famille, de peur d'inoculer, en même temps que le vaccin, quelque maladie diathésique.

Le mode opératoire de la vaccination est des plus simples. Tout instrument piquant peut servir d'une façon efficace lorsque le vaccin est de bonne qualité. On peut donc employer indistinctement une lancette ordinaire ou l'une des nombreuses variétés de lancette dites lancettes à vaccin. Certains vaccinateurs emploient l'aiguille cannelée, d'autres une lancette en forme de flèche, cannelée ou non. Tous ces instruments sont également bons, et l'on peut dire que le meilleur est celui dont on sait le mieux se servir.

La première opération consiste à charger la lancette. Dans la vaccination de bras à bras, la pustule vaccino-gène ayant été préalablement ouverte, il suffit de tremper la pointe de l'instrument dans le virus-vaccin, au moment où il émerge de la pustule.

L'instrument ainsi chargé, on saisit, de la main gauche, le bras sur lequel on veut opérer, de façon à tendre légèrement la peau à la face externe du membre. On tient l'instrument entre le pouce, l'index et le médium, et l'on pique légèrement la peau, soit perpendiculairement, soit obliquement, en ayant soin de retourner la pointe de l'instrument dans la plaie, de façon à l'essuyer, pour ainsi dire, entre le derme et l'épiderme, et à déposer ainsi la plus grande quantité possible de virus. Tel est le procédé classique ; il est souvent préférable de faire une petite incision de 2 à 3 millimètres, et de déposer au niveau même de cette incision une certaine quantité de lympho-vaccinale. On laisse ensuite sécher le sang qui sort de la piqûre, avant de recouvrir les parties vaccinées. Toutefois, il ne faut pas pousser cette précaution à l'extrême. Et, si l'inoculation a été faite avec soin, il est préférable de ne pas laisser le petit opéré longtemps découvert.

Une des grandes préoccupations des mères de famille, après la vaccination, est de connaître quel régime spécial il faut faire suivre à l'enfant, et quelles précautions particulières sont à prendre pour assurer le succès de l'opération, en évitant toutes suites fâcheuses. On peut répondre en les assurant qu'il n'y a dans ce cas aucun traitement ni pansement spécial. La fièvre vaccinale, elle-même, est une chose fort douteuse, et qui, en tous cas, ne nécessite aucun soin particulier. Les

enfants peuvent sortir sans danger ; il suffira simplement d'éviter de faire prendre des bains aux enfants vaccinés, tant que les pustules ne seront pas complètement desséchées et que les croûtes ne seront pas tombées. Enfin, si l'on constate une certaine inflammation au niveau des pustules, il serait bon de saupoudrer les parties tuméfiées, avec un peu de poudre de riz, d'amidon et de fécule de pomme de terre.

Le résultat de la vaccination doit toujours être constaté par le médecin, qui s'assurera que la vaccine est bonne et légitime. Le diagnostic différentiel de la vraie et de la fausse vaccine, est facile et la description, empruntée à l'Académie de médecine, que nous avons donnée plus haut, suffirait certainement. Ajoutons, toutefois, que lorsqu'il s'agit de la fausse vaccine, il se forme un bouton presque aussitôt après la vaccination ; que ce bouton n'est pas ombiliqué ; qu'il est de couleur jaune et terminé en pointe, et qu'il ne laisse pas de cicatrice. S'il nous était permis d'établir une comparaison, nous dirions qu'il y a entre la vraie et la fausse vaccine, la même différence qu'entre la variole et la varicelle.

Une précaution indispensable pour le vaccinateur, lorsqu'on a plusieurs opérations à pratiquer, est de laver avec soin la lancette après chaque vaccination. Ce lavage sera fait avec de l'eau chaude ou avec de l'alcool rectifié : les lancettes cannelées étant plus difficiles à nettoyer et à essuyer, nous conseillerons d'employer de préférence les lancettes en forme de lance et sans cannelure.

Le moyen de cultiver le vaccin jennérien et de l'entretenir est des plus simples :

Il consiste à vacciner, toutes les semaines, plusieurs enfants, avec un premier enfant dit vaccinifère, et à se servir, la semaine suivante, de ces enfants vaccinés comme vaccinifères ; et ainsi de suite sans interruption. Toutefois, pour les vaccinations à distance, il a fallu trouver le moyen de conserver artificiellement le vaccin. Le vaccin jennérien peut se recueillir et se conserver de quatre façons principales, sur des lancettes, sur des plaques de verre, sur des pointes d'ivoire et dans des tubes. Ce vaccin peut se conserver ainsi plusieurs mois, à condition d'être placé à l'abri de l'air dans un milieu frais ; la trop grande chaleur, comme le froid excessif, pouvant amener une sorte de décomposition qui le rendrait impropre à l'inoculation.

Pour conserver le vaccin sur une lancette, il suffit de déposer une gouttelette de virus-vaccin sur la pointe de la lame et de laisser ce virus s'y dessécher. On referme ensuite la lancette, en roulant à sa base, au niveau du pivot, une bandelette de-

papier, de façon à empêcher le contact de la lame de la lancette, avec les deux plaques d'écaille ou de corne qui en forment le manche. Lorsqu'on veut ensuite se servir de cette lancette pour pratiquer la vaccination, il suffit de la mouiller légèrement avec un peu d'eau tiède, à l'effet de dissoudre le vaccin.

On peut même dissoudre simplement le vaccin desséché sur la lancette, dans la gouttelette de sang qui vient soudre au niveau de la piqûre préalablement pratiquée.

Pour conserver le vaccin *en plaques*, on charge deux plaques de verre de deux centimètres carrés sur une pustule de vaccin ouverte au moyen d'une petite incision ; on applique ces deux plaques l'une contre l'autre (fig 2). En enveloppant ensuite hermétiquement ces deux plaques ainsi juxtaposées, avec une feuille d'étain, le vaccin se dessèche, et, pour l'employer, il suffit de le dissoudre avec un peu d'eau, et d'utiliser cette dissolution pour charger la lancette.



Fig. 2.

Le procédé de conservation du vaccin sur des *pointes d'ivoire* (fig. 3), est absolument le même que celui qui consiste à le

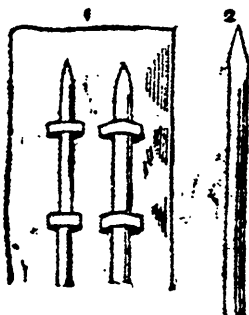


Fig. 3.

recueillir sur la lancette ordinaire ; l'avantage est de pouvoir ainsi expédier le virus sur une feuille de papier ou une carte dans laquelle on pratique deux fentes parallèles servant à intercaler les pointes d'ivoire, ainsi que l'indique le numéro 1

de la figure 3. Le mode opératoire seul est différent. Une incision ou plutôt une scarification, est d'abord pratiquée avec une lancette ordinaire, puis on dissout le virus concrété et desséché sur la pointe d'ivoire, dans la goutte de sang qui apparaît au niveau de la scarification.

Pour conserver le vaccin jennérien dans des tubes, on emploie des tubes capillaires présentant à la partie moyenne une sorte de renflement ou d'ampoule. Ces tubes sont difficiles à remplir avec le vaccin tiré d'une pustule prise sur le bras d'un enfant, d'abord parce que la quantité de vaccin est très peu considérable, et ensuite parce que le virus étant souvent mélangé à un peu de sang, il se produit parfois de petits caillots fibrineux qui empêchent le vaccin de monter dans le tube par capillarité et de le remplir complètement.

(Suite et fin au prochain numéro.)

Communication (1).

LA LÈPRE.

Trinidad, 27 juillet 1881.

M. Antonio Marquez,

MONSIEUR,—Je réponds à votre honorée du 15 juin, qui me demande mes idées sur la lèpre. C'est une immense question, comme vous le pensez bien, et qui en enveloppe une foule d'autres. Vous connaissez mon petit livre: *La lèpre est contagieuse*, qui se trouve chez Baignière, 19, rue Hautefeuille, à Paris. J'en prépare un autre, qui paraîtra dans quelque temps, et où seront traités des points de la dernière importance.

Au milieu de tout cela, que vous dire dans une lettre ?

La lèpre ne se répand absolument que *par communication*; elle ne se forme pas spontanément.

J'entends *par communication* :

- 1^o *L'hérédité*;
- 2^o *Les rapports des sexes*;
- 3^o *L'innoculation*;
- 4^o *La contagion*.

La principale voie est l'*hérédité*, qui franchit quelquefois plusieurs générations. Mais il faut aussi tenir compte des autres moyens, parce qu'ils sont autant de sources premières, qui deviennent des chefs d'hérédité.

(1) Nous publions avec plaisir la lettre suivante que nous communiquons à M. Marquez. (NOTE EDIT.)

Il est un fait extérieur auquel on fait peu d'attention, et qui cependant mériterait tous les soins des gouvernements. C'est que, entre Etats divers, la lèpre gagne beaucoup par *immigration* ou *importation* (ce qui est toujours la *communication*). Dans beaucoup d'Etats, il arrive des flots d'étrangers, dont beaucoup apportent la lèpre dans le pays; tels les nègres, les Hindous, les Chinois, les Portugais, etc. Il est d'une excessive importance de veiller à cette introduction *par le dehors*.

Quant à l'intérieur du pays, si tout est dans la communication, il n'y a qu'un moyen de se garantir, c'est la séparation par les lazarets ou autrement. C'est ainsi que l'Europe s'est délivrée; c'est ainsi que de nos jours la Suède et la Norwège font décroître rapidement la maladie chez elles.

Il est vrai que cela demande des ressources, de l'argent, une bonne administration, et que toutes les contrées n'ont pas ces secours.

En fait de médicament, le Hoàng-nân, quoique n'ayant pas eu le temps d'obtenir encore des guérisons absolues, produit chez la plupart des sujets des améliorations considérables.

Je souhaite, monsieur, que ces quelques notes vous soient utiles.

Je vous prie d'agréer l'assurance de toute ma considération,

J. ETIENNE, O. P.

Leper Asylum, Cocorite, Trinidad (Antilles Ang.)
Nyslo, 20 1881.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Sur un nouveau mode d'auscultation du cœur, par le Dr LUCILIER, de Nancy.—Je voudrais donner, à défaut d'une expérimentation clinique que j'eusse préférée, le résumé d'un nouveau procédé d'auscultation du cœur, que l'on pourrait appeler : l'application des lois de l'acoustique à la connaissance du cœur sain et malade. Les faits étudiés en eux-mêmes et sur le vif seraient beaucoup plus éloquents que la parole.

Ce procédé est sous la dépendance de tant de considérations d'anatomie, de physiologie, de physique et même de psycho-

logie, qu'il exigerait pour son développement complet, un temps que j'appellerai considérable. Je dois craindre naturellement de ne pas bien remplir ma tâche et de ne donner qu'une esquisse un peu diffuse peut-être, et qu'il faudra au lecteur beaucoup d'indulgence pour accepter telle quelle.

Le cœur est un organe de mouvement et, par cela, un organe sonore. Il est en effet disposé pour l'être. Sa substance contractile, ses valvules élastiques, ses cordages tendineux et ses anneaux susceptibles d'étirement et de relâchement deviennent la source, par leur activité, leur jeu et leurs désordres de sensations auditives fort multipliées. Mais à l'état sain les valvules du cœur gauche seules se font entendre. C'est le tic-tac si connu du cœur, si mal défini par ces deux mots. Il faut un certain degré d'émotion, à part l'état morbide, pour qu'il s'y joigne un bruit de contraction musculaire qui donne des vibrations sonores.

Ce tic-tac représente deux notes, la première plus basse, la seconde plus élevée, formant entre elles une tierce de *sol* à *si*. L'épanouissement contractile et vibratoire de la mitrale donne la première, la seconde est due à l'abaissement brusque des sigmoïdes; aussi est-elle plus courte. Je trouve ces notes à tous les âges, en tous les sexes, avec les constitutions les plus diverses; seulement il faut dire qu'elles s'altèrent vite. Le cœur comme la face subit facilement et conserve l'empreinte de la vie physique ou normale troublée. Une des personnes chez lesquelles j'ai trouvé ces deux notes frappantes d'une manière admirable vint, trois ans après, mariée, épouvantée, puis enrhumée, me consulter, n'offrant plus que des notes méconnaissables, accompagnées de deux nouvelles notes dépendant du cœur droit.

Leur altération est un signe de maladie et doit rester un élément de diagnostic. Voici comment se fait la transformation de cette sonorité.

Le *sol* descend d'une note, l'autre restant la même, ou les deux suivent la tierce musicale en continuant de descendre. Cependant la note aortique descend avec moins de facilité et dépasse rarement deux notes au-dessous; cela se comprend et s'explique aisément. Rarement elles montent; il faut déjà de certains désordres anciens pour que l'aigu succède au grave, à part les cas d'affection mitrale. D'autres fois, toujours avec un long temps, les notes ont entre elles un grand écart; par suite des désordres, de modifications anatomiques, elles forment une quarte et même une quinte.

Un fait important qui doit contribuer à enlever les doutes, c'est cette formule, à savoir: les orifices mitraux et aortiques

sains sont entre eux dans un rapport égal à celui des notes *sol* et *si* entre elles ; le rapport est 5/7. Lorsque ce rapport change, soit dit en passant, la modification causale est en raison directe de l'écart survenu : la souffrance sera plus grande, cela se trouve dans ce que l'on appelle parfois l'asthme nerveux.

J'oubliais de dire que ces notes du cœur sont cherchées en faisant agir des diapasons formant la gamme d'*ut* naturel.

Mais ce n'est pas tout : les valvules du cœur droit donnent aussi des notes quand il est malade. Elles sont à rythme renversé, la première haute et courte, la deuxième au-dessous sans tierce exacte, la seconde plus large et mieux frappée. Et ces notes entre elles et avec les deux autres s'expliquent par la conformation et la proportionnalité de l'aire des orifices.

Ici nous partageons, cela est à dire, l'opinion de Cruveilhier sur l'état de la valvule tricuspide. Elles ne se propagent que dans l'aorte, un peu vers la fourchette sternale et beaucoup parfois vers l'appendice xiphoïde.

La formation de ces deux notes droites est due surtout à une dilatation du cœur droit. Les quatre ensemble sont un grand signe d'affection cardiaque, souvent méconnue, et qui différencie l'hypertrophie vraie des différents cas de dilatation.

Les cas de dilatation simple du cœur se font reconnaître aussi par sa sonorité ; calme et douce au repos, bruyante et multiple dans l'action avec abaissement de son valvulaire. De même aussi le relâchement des anneaux aortiques surtout et mitraux.

Je suis forcé de passer beaucoup de faits et d'explications, car le sujet est complexe et je ne le donne pas comme achevé. Dans un intérêt de progrès scientifique ou d'utilité générale, je cherche des coopérateurs. Nous sommes fatigués d'un silence inexplicable en face de résultats pratiques si féconds et qui ont plus attiré l'attention des malades que celle des médecins. On nous a supposé des raisons qui n'en sont pas : "Vous n'avez pas fait d'anatomie pathologique." Mais celle-ci se tire du processus morbide de l'évolution organo-pathologique, sans qu'il soit besoin d'un cadavre.

"C'est trop difficile, il faut être musicien." Le diapason donne le positivisme, l'état géométrique ; mais d'après les résultats acquis on peut s'en dispenser si on veut. On peut écouter sans lui les bruits du cœur droit, discerner les sons aigus des sons graves, les cas de dilatation, les cas d'hypertrophie, quoique ces derniers soient plus difficiles. Toute loi scientifique vraie finit par s'adapter aux besoins du médecin praticien.

Cependant, j'ajouterai que je suis sur trois pistes. Dans la laryngite chronique avec aphonie, j'ai trouvé trois cas de suite de maladie du cœur droit; y a-t-il un rapport? Dans la chlorose, très souvent n'est-ce pas à rechercher encore? Quelle est enfin la signification siméiologique de la propagation des bruits et des notes du cœur dans les parotides, les deux à la fois ou l'une ou l'autre seulement?

Je dirai pour les jeunes étudiants que, s'ils veulent se faire une idée juste des frémissements vibratoires de la myocarde, ils n'ont qu'à prendre une fourchette de table et en frapper les fourchons d'un coup sec que l'on reçoit légèrement par le manche dans la paume de la main.—*Le Médecin Praticien.*

Sur quelques points du traitement de la blennorrhagie.—Le traitement de la plennorrhagie qui paraît si simple au premier abord est cependant le plus souvent si mal compris qu'on ne saurait revenir trop souvent sur cette grave question qui se présente chaque instant. Un premier fait très discuté se présente, c'est celui du traitement abortif de la blennorrhagie. M. Maurice en est partisan, mais dans le cas où l'on peut intervenir dans les douze ou quinze heures, ce qui est un cas absolument exceptionnel. Quelques heures plus tard, il ne serait déjà plus temps. Les injections de nitrate d'argent constituent alors le meilleur procédé à employer. On peut les répéter toutes les dix heures pendant trois ou quatre jours, ou n'en faire qu'une seule. Dans le premier cas on se sert de la solution faible :

Nitrate d'argent.....	0.30 centigr.
Eau distillée.....	30 grammes.

On fait faire cette injection toutes les dix heures, et comme c'est inutile d'atteindre tout le canal, puisqu'à ce moment l'inflammation est cantonnée dans la partie antérieure, on peut empêcher l'injection de pénétrer plus avant en serrant ou liant la racine du pénis. On renouvelle l'injection au bout de dix heures et on en fait ainsi cinq ou six.

Dans le second procédé, qui est préférable, la solution à employer est la suivante :

Eau	30 grammes.
Nitrate d'argent.....	1 gramme.

On agit comme précédemment. Si au bout de quarante huit heures l'écoulement n'est pas arrêté, on renouvelle l'injection, et cela trois ou quatre fois environ dans les mêmes délais.

La douleur produite par l'injection n'est pas aussi forte qu'on pourrait le croire, et cependant il arrive souvent que les malades se trouvent mal à ce moment, phénomène commun d'ailleurs dans toutes les opérations même les plus légères qui ont pour siège les voies génito urinaires. Il se produit ensuite un écoulement séreux très abondant qui se change bientôt en pus; quelquefois même il y a écoulement de sang. Ces phénomènes durent cinq à six heures, puis diminuent peu à peu et l'écoulement cesse progressivement. Mais, si après avoir cessé, il reprend cinq ou six heures plus tard, on doit recommencer l'injection; après trois injections ainsi faites, si l'écoulement n'est pas supprimé complètement, on doit renoncer à ce mode de traitement qui est d'ailleurs absolument exceptionnel, il ne faut pas l'oublier, et recourir alors au traitement habituel, lequel consiste à n'agir activement qu'à une période déjà avancée de la maladie.

Dans la première période, la période d'augment, c'est surtout la douleur et les érections nocturnes souvent si pénibles qu'on devra combattre. Indépendamment du traitement hygiénique et des émollients qu'on doit employer à cette période, on doit alors intervenir activement par différents médicaments. On peut donner alors deux à trois cuillerées à bouche chaque jour du sirop suivant dans autant de tasses de nymphéa:

Sirop d'écorces d'oranges amères.....	} 100 grammes
Sirop de codéine.....	
Bromure de potassium.....	10 grammes

Le sirop suivant donne aussi de très bons résultats:

Sirop de digitale.....	} 50 grammes
Sirop de morphine.....	
Bromure de potassium.....	20 grammes

Une cuillerée à bouche seulement le soir dans une tasse de tilleul.

On peut encore, comme l'a conseillé M. Martin, employer le chloral à suppositoires, à la dose de 1 gramme pour 5 grammes de beurre de cacao. Beaucoup d'autres procédés trop longs à énumérer ont été proposés dans le même but.

D'autres indications peuvent être fournies par des douleurs extrêmement intenses qui existent quelquefois au niveau du collet du bulbe; on peut les combattre simplement par des cataplasmes laudanisés ou de la glace; mais il existe aussi souvent des douleurs profondes, ano-périnéales, quelquefois exclusivement nerveuses, mais le plus souvent sous la dépendance d'une phlegmasie profonde, origine de quelque complication. Quinze ou vingt sangsues sont alors nécessaires, et on doit insister sur les moyens antiphlogistiques.

Au sujet des douleurs, M. Mauriac a fait remarquer qu'elles étaient quelquefois d'une intensité extraordinaire et pouvait durer ainsi jusqu'au cinquantième jour de la maladie; dans certains cas aussi, elles peuvent se produire à la racine des bourses, d'une manière toute spontanée en dehors de la miction et des érections. Elles se manifestent par une sensation de gêne, de pesanteur à la portion antérieure de l'anus; quelquefois même sous forme de douleurs constrictives ou véritablement tétaniques qui se propagent vers les fesses et les cuisses et déterminent un état de nervosisme comparable à celui qui a été observé chez certaines femmes atteintes d'affection de l'utérus; ces douleurs ne sont pas signalées par les auteurs, et ce ne sont pas toujours les blennorrhagies les plus intenses, les plus inflammatoires qui y donne lieu.

Bien qu'il y ait pas de modifications à apporter dans le traitement, la période suivante, période d'état est souvent la plus difficile à traiter, parce que le malade supporte difficilement l'inactivité de son médecin, alors qu'il aurait voulu se traiter dès le premier jour. Mais ce n'est que dans la période du déclin alors que les douleurs ont presque disparu, que l'écoulement est devenu visqueux, que l'on peut commencer à agir. Ce moment n'arrive quelquefois que trente, quarante jours, quelquefois trois mois d'attente, mais il est nécessaire d'attendre jusque-là, sous peine d'insuccès, et alors c'est encore aux balsamiques et principalement au copahu, surtout à celui qui a été débarrassé de son huile essentielle, comme dans certaines préparations; qu'il faut avoir recours. Ainsi préparé, le copahu a en effet pour avantage d'être toléré beaucoup plus facilement par l'estomac, de laisser les urines presque normales, et de ne pas déterminer d'éruption. Le traitement mixte par les opiat-renfermant à la fois du cubèbe et du copahu est utile, mais plus difficile à faire suivre que celui par les capsules.

L'utilité des injections est résolue diversement par les auteurs. M. Mauriac les utilise, mais jamais dès le début de la période de déclin, et seulement lorsque les balsamiques ont été donnés pendant quatre ou cinq jours. L'inflammation à

presque disparu à ce moment et on peut alors user des injections astringentes. Les formules à cet égard sont presque innombrables et il est inutile d'en citer ici. Nous rappellerons seulement qu'elles peuvent avoir pour base le sulfate de zinc, le chloral à (1 pour 120) la teinture d'iode (10 à 15 gouttes pour 100), le tannate de zinc (1 pour 150, l'oxyde de zinc 2 à 5 pour 100), le sulfate de fer (0,50 pour cent), le sulfate de cuivre (0,25 pour cent 100), etc. Toutes ces injections peuvent être plus ou moins combinées les unes avec les autres. Quant au nitrate d'argent, même à très faible dose, M. Mauriac l'emploie rarement dans cette forme de blennorrhagie, parce qu'il donne quelquefois lieu à des douleurs extrêmement violentes. Cependant il a son indication dans les blennorrhagies qui ont une tendance à la chronicité.

On a une tendance à exagérer les précautions hygiéniques; il faut songer cependant que ces malades sont souvent déjà affaiblis et qu'il faut éviter tout ce qui pourrait tendre à les affaiblir davantage. On doit tout simplement les priver de vin pur, de vin blanc, de bière surtout qui a une influence considérable sur les écoulements, et il faut bien se garder de leur imposer toute privation qui pourrait diminuer leur appétit et altérer leur état général.

Plus encore que la blennorrhagie aiguë, la blennorrhagie chronique présente de grandes variétés dans son aspect, dans sa nature, et demande une grande variété dans le traitement qui lui est appliqué. Avant tout, on doit s'attacher à l'état de la santé générale qui est presque toujours atteinte : aussi le régime doit-il toujours être substantiel.

Le fer, le quinquina, le antiscrofuleux seront administrés si cela est nécessaire et on recommandera surtout le grand air, l'exercice, les bains froids, les bains de mer surtout; ce dernier moyen peut souvent suffire à guérir une blennorrhagie persistante. Parmi les médicaments internes, à côtés des balsamiques qui n'ont que rarement leurs indications, on peut citer la teinture de cantharide, très vantée en Amérique, mais qui doit être maniée avec de grandes précautions. On la donne à la dose de trois à cinq gouttes trois fois par jour. On peut aussi la combiner avec le fer : alors on donne trois fois par jour dix goutte de la mixture suivante :

Teinture de cantharide..... 8 grammes.

Teinture de mars tartarisée..... 24 grammes.

Mais c'est presque toujours aux injections extrêmement variées dans leur composition et chacun peut modifier dans le sens qui

lui paraît utile. Parmi ces préparations, l'injection dite des trois sulfates peut rendre de grands services.

Eau distillée.....	200 grammes.
Sulfate de fer.....	} aa 0.50 à 75 centigr.
Sulfate de zinc....	
Sulfate de cuivre }	
Emulsion de gomme.....	20 grammes.

M. Diday conseille :

Eau distillée.....	100 grammes.
Liqueur de vau Swieten.....	20 grammes.

Il est nécessaire, d'alterner les formules entre elles et de ne pas persister plus de dix jours avec la même substance pour éviter l'accoutumance qui ne manquerait pas de se produire du côté de l'urèthre.

Dans les blennorrhagies torpides, on peut être obligé de recourir aux injections caustiques pour lesquelles on emploie le nitrate d'argent à dose variable. On peut faire, par exemple, trois injections par jour avec

Eau distillée.....	200 grammes.
Nitrate d'argent.....	0,05 centigr.

Mais il est préférable d'employer une solution plus forte, contenant 0,10 centigrammes pour 100 grammes d'eau, par exemple, en faisant faire une seule injection par jour, puis redonnant ensuite le balsamique comme s'il s'agissait d'une blennorrhagie récente. Mais il faut savoir que le nitrate d'argent doit toujours être manié avec de grandes précautions en raison des accidents de cystite, rétentions d'urine, etc... qu'il peut déterminer. Aussi ne doit-on l'employer que dans des cas très rebelles et lorsque beaucoup d'autres moyens auront échoué.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

Du traitement de la pleurésie chez les enfants,
par M. J. SIMON, médecin de l'hôpital des Enfants malades.—
Etant donné un enfant atteint de pleurésie, la première chose à faire, c'est de le laisser au lit et de l'y maintenir quand même.

Chaque fois que cette prescription est transgressée, on constate une augmentation de l'épanchement. On emploiera, dès le début, des diurétiques; le meilleur est le lait pur ou aromatisé; on peut alterner avec la tisane de queues de cerises. On peut également formuler une préparation de scille ou de digitale :

Eau de tilleul, 105 gr.; teinture de scille et de digitale, de chaque, 10 gouttes; oxymel scillitique, 95 gr., pour édulcorer, F. S. A. — A prendre par cuillerées à café toutes les demi-heures.

Tous les deux ou trois jours, on fera sur les intestins une révulsion au moyen de la manne, mannite, chocolat à la magnésie, et surtout très simplement avec deux ou trois pastilles de calomel de 5 centigr. chacune.

Enfin, on appliquera des vésicatoires, en ayant soin de commencer par en appliquer de fort petits, de 4 à 5 centimètres de diamètre, et de ne les laisser que peu de temps. Des vésicatoires plus grands auraient pour effet de brider, pour ainsi dire, la poitrine et d'empêcher l'enfant de dilater son thorax du côté atteint. Il est préférable de revenir plus souvent sur leur emploi.

En somme, le traitement de la pleurésie aiguë franche se compose : de prescriptions hygiéniques, de diurétiques, de purgatifs et de révulsifs cutanés. Dès le cinquième jour, lorsque la fièvre est tombée, on peut permettre une légère alimentation. A ce moment, la digitale sera suspendue pendant quelque temps, car il faut redouter ses effets sur les enfants bien plus que ceux de l'opium, qui, bien manié, est bien toléré. On se contentera de sucrer la tisane avec du sirop de pointes d'asperges.

Si l'épanchement persiste au-delà de trois semaines, on no servira de l'huile de croton mitigée, dont l'effet est fort utile à cette période.

Si, cependant, malgré ce traitement, l'épanchement ne se résorbe pas, faut-il avoir recours à la thoracotomie? M. J. Simon en paraît peu partisan. Chez l'enfant, il ne fait de thoracotomie : 1^o au début, que si l'épanchement est d'emblée très considérable, s'il siège à gauche surtout, bien que la torsion du cœur soit bien mieux supportée à cet âge que chez l'adulte. On a, dans ce cas, la main forcée par des épanchements qui, en 24, 36 heures, menacent d'étouffer le malade; 2^o après le premier mois, lorsque la persistance du liquide fait craindre sa transformation purulente; 3^o quand l'épanchement est purulent. (*Le Concours Médical*, 4 juin 1881.)—*Lyon Médical*.

Du traitement de la diarrhée et de la dysenterie chroniques, par E. MAUREL.—L'auteur traite de la même manière les deux maladies, quelle que soit leur origine ; il commence par les purgatifs répétés. Aujourd'hui l'auteur donne constamment l'ipéca, soit 2 gros dans les cas aigus, 1½ et 1 gros pour les cas chroniques, suivant l'intensité, d'ipéca concassé, macéré dans 4 onces d'eau donnés en six fois dans les vingt-quatre heures, par deux cuillerées à la fois ; le même ipéca sert à faire une troisième macération, donnée le deuxième et le troisième jour, de la même manière ; bouillon comme régime ; il est rare que les selles ne diminuent pas dès le deuxième jour. Le quatrième jour est commencé le régime lacté pur à la dose d'un litre et demi dans les vingt-quatre heures ; augmenter d'un demi-litre tous les trois jours jusqu'à trois litres environ. Le lait doit être employé cru autant que possible. Continuer jusqu'à ce qu'il y ait une seule selle moulée par jour ; dix jours en général suffisent. Alors commence le régime mixte avec six périodes ; 1^o celle des œufs. Un œuf correspond à un demi-litre de lait ; par chaque œuf l'on diminue le régime lacté d'autant de demi-litres, et les selles restent moulées. L'on passe à la 2^o période des viandes rôties ; côtelettes et rôti de mouton bien cuit ; une côtelette représente à peu près un demi-litre de lait. Arrive alors la troisième période, pleine d'accidents, du pain et du vin ; commencer environ par 4 onces de pain, celui-ci étant bien supporté, passer au vin, 7 centil. d'abord, et toujours à la première menace de rechute, revenir en arrière. Si tout va bien, 4^o légumes verts et secs, lentilles, puis légumes verts, salade. La cinquième période, celle des saignés, est une des plus difficiles à franchir ; plus une viande est cuite, plus elle est indigeste ; ainsi en est-il du lait brûlé. La sixième période, c'est le régime de la caserne, bœuf bouilli et soupe aux choux. L'auteur, médecin de marine, soumet les soldats à l'exercice des haltères une demi heure, une heure par jour.

Les urines ont été étudiées avec soin ; la quantité des matières solides dans l'urine est ici chose importante comme indiquant l'état de la nutrition, et avec l'amélioration de celle-ci augmente le chiffre des matériaux solides de l'urine, de l'urée entre autres. (*Bulletin de théráp.*)—Lyon médical.

Du traitement de l'indigestion, par le docteur ANDRIE.—Ce traitement a pour but de favoriser le nettoyage spontané des organes digestifs, de le provoquer s'il tarde à se faire et finalement de rétablir la digestion.

L'indigestion bénigne, extrêmement légère et comme avortée, n'exige aucun soin particulier : tout au plus le *grand cir* et quelques cuillerées d'eau de vie, de *rhum* ou de toute autre liqueur. La *glace aromatisée* est admirable dans ces sortes d'indispositions, qui sont dues à un excès d'aliments et de boissons. Prise à la fin d'un diner succulent et chargé de vins, elle facilite la digestion et prévient l'agitation, le coma vigile et l'insomnie même qui suivent habituellement de tels repas.

Lorsqu'il y a lieu de croire que l'indigestion se terminera sans évacuations immédiates, le mieux est de faire coucher le patient s'il n'est pas au lit, de le réchauffer, de lui présenter enfin un verre d'eau fraîche, légèrement aromatisée avec de l'eau distillée de fleurs d'oranger. Il boira cette potion par petites gorgées, et non tout d'un trait.

En même temps on activera les mouvements de l'estomac et des intestins par des *frictions* faites sur la paroi abdominale avec la main fortement chauffée et enduite de baume tranquille, d'huile de camomille camphrée ou d'huile d'olive même. Les serviettes chaudes appliquées sur l'épigastre sont encore fort utiles ; elles ne valent pas cependant un doux massage des organes digestifs.

On favorisera, à l'aide de quelques infusions aromatiques tièdes, le vomissement spontané.

Si le patient, tourmenté par les nausées et les efforts pour vomir, ne vomissait pas, il faudrait provoquer l'expulsion des matières contenues dans l'estomac, soit en portant le doigt sur la luette et les amygdales, soit en donnant un vomitif. Pour remplir cet objet, on peut se servir d'eau tiède bue à petits coups ou des compositions d'Ipéca ; le tartre stibié cependant, à cause de son administration facile et de sa plus grande énergie, paraît mériter la préférence.

Les désordres intestinaux ayant paru, s'il survient des évacuations faciles et copieuses, on se contentera de lotionner l'anüs avec de l'eau fraîche, et l'on donnera finalement des lavements d'eau pure tiède. On évitera ainsi le ténésme et les cuissons.

Mais lorsque les coliques sont fortes, le ventre tendu et les évacuations tardives et peu abondantes, il convient d'administrer une composition purgative qu'on fera prendre suivant les circonstances, soit par la bouche, soit par l'anüs.

J'emploie communément le lavement purgatif, ou la limonade purgative gazeuse au citrate de magnésie édulcorée avec le sirop de groseille, ou si le malade le préfère, avec le sirop de grenadine ; j'observe cependant qu'on peut faire usage de toute autre composition du même genre.

Ainsi, par exemple, chez les sujets qui répugnent à prendre une boisson purgative ou qui éprouvent des langueurs d'estomac avec un sentiment de réfrigération que ne pourrait qu'augmenter l'emploi des sels neutres en solution, il m'a paru préférable de mettre en usage la composition suivante :

Poudre de jalap	gr. x.
Poudre de magnésie blanche.....	gr. x.
Huile volatile de girofle.....	2 gouttes.

Mêlez les poudres dans un petit mortier, ajoutez l'huile volatile et mêlez très-exactement. Divisez le produit en trois parties égales dont vos ferez trois bols enveloppés dans des pains azymes.

Je fais prendre ces bols soit immédiatement l'un après l'autre, soit en trois temps séparés par un intervalle de quinze à vingt minutes.

Cette composition très-élégante est généralement bien tolérée; elle évacue sans coliques et sans affecter l'estomac. La dose entière est pour les adultes; un seul bol suffit aux jeunes enfants, deux bols à ceux qui sont un peu plus âgés.

Les voies digestives étant nettoyées à fond, il ne reste plus qu'à supprimer, s'il est possible, les causes qui ont provoqué l'indigestion et à recommander la sobriété. (*Le Médecin Praticien*, 16 juillet 1881.)

Du traitement du scorbut par l'hydrothérapie.—Le docteur Costetti, après s'être convaincu de la presque inutilité de tous les remèdes les plus vantés contre le scorbut, s'imagina de s'adresser à l'hydrothérapie, moyen que l'on peut considérer comme original dans l'espèce. 23 malades furent traités de cette façon à l'hôpital militaire de Bologne, de 1873 à 1877, et 50 en 1878. Parmi ces derniers, 17 présentaient les phénomènes les plus graves avec difficulté ou impossibilité de rester debout, 13 pouvaient à grand-peine se lever et se rendre, à l'aide d'un bâton, à la salle d'hydrothérapie; les autres, bien qu'à un moindre degré, pouvaient néanmoins, être rangés dans les scorbutiques graves. Tous guérirent dans une période de 37 jours; elle eût été moindre pour une partie d'entre eux qui furent pris de fièvre périodique à récidives, mais qui n'en guérirent pas moins par la continuation du même traitement. Avant de commencer l'application de l'eau froide, l'auteur s'assurait soigneusement si ses malades étaient sans fièvre et indemnes d'inflammation aiguë ou subaiguë thoracique ou

abdominale, et surtout de tout vice cardiaque. Dans certains cas spéciaux, une hydropisie légère, l'arthrite, la polyarthrite subaiguë, et encore moins l'arthralgie, ne furent pas considérées comme contre-indication. La cure fut établie avec la plus grande circonspection en s'en rapportant d'ailleurs aux divers effets obtenus; tantôt on eut recours à la douche de pluie, tantôt à la douche pulvérisée en cercle, qui est la plus puissante; pour les indurations viscérales ou pour celles des mollets, la douche allait progressivement de la pluie à la colonne concentrée. Quant à la pathogenèse de la maladie, les théories humorales pas plus que celles des solidistes ne satisfaisant l'auteur il en est arrivé, en étudiant l'étiologie, la sémiologie et surtout en se basant sur les brillants résultats de sa méthode de prédilection, à admettre que le scorbut "dépend d'une atonie des vaso-moteurs ou trophiques, envahissant de préférence les muqueuses et l'épaisseur des muscles avec une tendance hémorrhagique en rapport avec les raisons complexes de débilitation."—*Bulletin de thérapeutique.*

—

Ozone.—Le docteur Barlow, dans un récent travail sur les effets de l'ozone sur l'économie animale, n'arrive pas aux mêmes conclusions qui avaient été données jusqu'ici par Ireland Richardson, Redfren, etc. Il prépare son air ozonisé avec l'appareil de Brodie et le purifie de toute trace d'acide nitrique qui pourrait se former sous l'influence de l'étincelle électrique.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

- 1^o L'ozone déprime le système nerveux, effet probablement secondaire et dû à l'excès d'acide carbonique dans le sang ;
- 2^o Il abaisse le chiffre normal des respirations et diminue l'action du cœur en force et en fréquence ;
- 3^o L'inhalation d'air ozonisé produit une diminution de la quantité normale d'acide carbonique éliminé et d'oxygène absorbé ;
- 4^o La diminution du nombre des respirations qui ralentissent les mouvements du cœur, et la diminution de la quantité d'acide carbonique exhalé sont dus probablement à l'action de l'ozone sur la muqueuse pulmonaire ;
- 5^o L'altération de la muqueuse peut, si l'ozone inspiré est en grande quantité, ou si l'air expiré renferme un excès d'acide carbonique être assez considérable, amener la mort en une heure par asphyxie ;
- 6^o Si la quantité d'ozone est moindre, l'altération de la mu-

queuse pulmonaire ne tue pas par asphyxie, mais la mort est due à l'inflammation des bronches;

7° La mort par inflammation bronchique peut arriver après un séjour d'une heure dans une atmosphère renfermant 1% d'ozone;

8° L'air ozonisé en contact direct avec le sang décolore les globules rouges, arrête les mouvements amiboïdes des leucocytes, rend visibles les noyaux de globules et donne naissance à des granulations dans le sérum;

9° Le changement de couleur des globules est dû probablement à la combinaison de l'ozone avec l'hémoglobine.

Ces résultats seraient presque opposés à ceux d'Izeland, pour qui l'ozone accélère la respiration et la circulation, excite le système nerveux, coagule le sang, augmente la proportion de fibrine et ne présente aucun inconvénient quand il est respiré pendant longtemps.—(*Revista clinica di Bologna*.—*Lyon Médical*.)

—

Aérophérapie. — Depuis les études faites par Cropp, Schreiber et Krause sur l'aérophérapie, une autre application de cette méthode thérapeutique a été faite par Charrier dans le traitement de l'obésité. Cet auteur rapporte dans l'*Union médicale* de 1880 deux observations de malades considérablement améliorés par l'air comprimé. Une malade avait beaucoup de difficulté pour respirer à cause de son état d'obésité: après deux bains d'air comprimé, la toux était moins forte et le malade avait maigri de 12 livres; au vingtième bain elle avait encore diminué de 5 autres livres. Un goutteux avait perdu 22 livres de son poids après 19 bains pris en 25 jours.

Le professeur Fasce a publié quelques-unes de ses études sur l'élimination de l'acide carbonique dans l'air expiré, à la suite d'inspiration d'air comprimé dans l'appareil de Waldenburg.

Les expériences ont été faites avec beaucoup de soin sur quatre jeunes gens bien constitués et de bonne santé, deux fois par jour et pendant sept jours consécutifs.

Contre toute prévision, il observa constamment que les proportions d'acide carbonique n'étaient pas augmentées après ces inspirations ni immédiatement, ni quelques heures après, ni dans les jours suivants. Il est donc autorisé à croire que la production du gaz n'a pas été augmentée, car s'il y en avait eu une plus grande quantité dans le sang, on l'aurait facilement retrouvé dans l'air expiré, précisément parce que les respiratoires complètement libres à l'absorption du gaz acide carbonique, quel qu'eût été son degré de condensation. Ce qui n'em-

pêche pas que les inspirations d'air comprimé seront toujours un remède efficace pour faciliter l'expansion du thorax et du poulmon.—(Il Morgagni).—*Lyon médical.*

Traitement de la migraine par le chanvre indien.

—D'après le Dr LATHROP, il faut donner des petites doses de haschisch de manière à maintenir pendant longtemps l'influence du médicament. Tout d'abord l'effet du médicament n'est pas appréciable et ce n'est qu'après qu'on l'aura continué pendant plusieurs semaines que les accès deviendront moins graves et moins fréquents.

Pendant la première quinzaine la dose est de $\frac{1}{3}$ grain avant chaque repas; pendant la seconde quinzaine cette dose pourra être élevée à $\frac{1}{2}$ grain; enfin on augmentera successivement de 1-10 grain jusqu'à la fin de la quatrième semaine. On s'arrêtera alors, et on continuera pendant plusieurs mois. Ce n'est qu'au prix d'une grande persévérance que l'on peut obtenir le succès désiré.—*Le Médecin Praticien.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Des opérations applicables aux loupes du cuir chevelu.—Si on parcourt les livres de pathologie, les traités de médecine opératoire, les revues cliniques, on les trouve très pauvres en ce qui concerne les opérations applicables aux loupes de cuir chevelu. Point de détails sur les manœuvres opératoires dont elles sont justifiables; partout on constate une certaine répugnance à en conseiller la cure radicale. Pour quelques autours, ce sont presque des "noli me tangege."

Il y a lieu de revenir sur ce point très important de la pratique, et on peut rendre de grands services en s'occupant minutieusement de cette lésion. La loupe constitue une infirmité fort désagréable; par son volume ou par son nombre, elle peut former des masses réellement difformes. Puis elle n'est pas aussi indolente que beaucoup de chirurgiens qui répugnent à les opérer veulent bien le dire. Elles sont douloureuses de diverses façon. On voit des surfaces eczémateuse se former au voisinage de la loupe. Enfin la loupe peut s'ouvrir: dès

lors, la suppuration s'établit, laisse une fistule interminable, et dans des cas qui ne sont pas rares, on voit naître autour de ces fistules ces érysipèles du cuir chevelu, dont on redoute avec juste raison l'apparition à la suite des opérations.

Les loupes du cuir chevelu sont bien des tumeurs à opérer, et l'on ne peut pas, à proprement parler, considérer ces opérations comme des opérations de complaisance; elles sont de nécessité. Mais quel procédé employer?

M. Championnière estime que même avant la sécurité que donnent les moyens de la chirurgie moderne, l'emploi de l'instrument tranchant était bien tentant.

L'instrument tranchant est peut-être ce qui fut le plus anciennement préconisé. Il est d'un emploi facile, et s'il n'avait engendré aussi souvent des complications d'érysipèle, il aurait été très généralisé.

Des charlatans ont enlevé les loupes avec des caustiques; puis des médecins ont adopté ce procédé en défendant ses avantages et en oubliant trop facilement les inconvénients.

L'opération avec le caustique serait facile, non douloureuse, rapide, exempté de complications.

La plus simple est l'application d'une trainée de caustique de Vienne. Amussat conseillait d'appointer un bâton de caustique Filhos (potasse caustique et chaux vive) et de le faire pénétrer dans la poche par des mouvements de rotation. On a conseillé aussi l'emploi d'une allumette pointue, trempée dans l'acide nitrique, et, qu'à plusieurs reprises, on appliquait sur la surface de la tumeur.

Or, on peut dire de toutes ces applications qu'elles sont souvent très douloureuses; les applications peu étendues échouent quelquefois. le résultat, c'est-à-dire la chute du kyste d'abord, puis la cicatrisation sont lentes à obtenir. M. Championnière a souvent vu un bourgeon charnu contre lequel le peigne se heurtait douloureusement longtemps après l'opération.

Enfin le caustique ne met pas à l'abri de l'érysipèle. Le fait est affirmé formellement dans la *Médecine opératoire* de Sedillot, et il n'est probablement guère de chirurgien qui n'en ait vu des cas. M. Championnière en a connu plusieurs; il y a peu de temps encore celui d'un monsieur auquel on avait déconseillé l'opération au bistouri, qui fut opéré par la pâte de Vienne pour une loupe de très médiocre volume et faillit mourir d'un érysipèle.

Aussi des chirurgiens, très enclins au caustique pour d'autres cas, ont conservé l'opération par le bistouri pour celui-ci.

M. Maisonneuve, par exemple, conseille l'incision sur la tumeur et la dissection du kyste avec des ciseaux.

Jobert opérait les loupes par l'opération qui paraît la plus simple et à laquelle ne manquait que la sécurité. M. Championnière a vu l'érysipèle chez les opérés de Jobert. Il consiste à fendre d'un seul coup de bistouri toute la tumeur, peau et kyste, à saisir le kyste avec une pince et à l'enlever d'un seul coup. Il appelait cela l'embrochement.

Arrivé à cette conviction que l'érysipèle ni l'infection purulente ne sont à redouter avec le pansement de Lister, M. Championnière a fait de l'opération de Jobert la base de sa pratique, et l'a appliquée un grand nombre fois. Cette méthode est appelée à rendre les plus grands services, mais à une série de précautions minutieuses pour en assurer la perfection.

Il faut d'abord opérer avec sécurité, puis il faut atteindre la perfection du résultat opératoire, deux choses impossibles avec les vieilles opérations.

S'il s'agit d'un homme et si les tumeurs sont de médiocre volume, les cheveux étant rasés autour de la tumeur ou coupés très courts, on savonne la tête ou on la lave avec l'eau de Panama (Quilaya saponaria), puis avec l'eau phéniquée forte. On embroche alors la tumeur à sa base et on la fend d'un seul coup de bistouri, avec deux pinces à griffe ou une pince à dissection et une à griffe, on saisit la paroi du kyste et on l'attire à soi; quelques tractions ou quelques coups de spatule suffisent à faire l'énucléation.

Autrefois M. Championnière s'est contenté de ce procédé opératoire, et opéra en 1876, à l'hôpital de Lariboisière, un homme, enlevant treize loupes en deux séances. L'embrochement terminé, on lava la plaie avec l'eau phéniquée forte, puis on appliqua du protectine sur chaque plaie linéaire, de la gaze phéniquée par-dessus, et le malade guérit très-vite. Toutes les autres précautions de la méthode de Lister étaient observées.

Mais, pour peu que la loupe ait un certain volume, toute la longueur de l'incision donne une croûte épaisse; la réunion n'est pas exacte. Il s'accumule souvent un peu de sérosité sous la peau de la poche restante. Aussi, depuis longtemps il applique aux opérations de loupes toutes les habitudes de la méthode de Lister, la suture et le drainage. Après ablation des loupes moyennes, il place deux points de suture; il glisse dans la cavité opératoire un très petit tube de caoutchouc ou un fragment de protectine qui sert très bien de drain. Si la cavité traumatique est volumineuse, il met un bon tube à drainage et multiplie les sutures suivant les besoins. Après ablation d'une de ces tumeurs très volumineuses, il mit jusqu'à sept points de suture. Le tube à drainage et les points de

sutures doivent être enlevés le plus rapidement possible, au bout de quatre huit heures ou de trois jours au plus tard. En laissant plus longtemps ces pièces, il a eu une durée plus grande de la réparation. Il a fait la suture avec du fil d'argent du crin de Florence, du catgut. Il recommande d'éviter le fil d'argent douloureux à retirer et coupant trop vite les tissus. Le catgut est un bon moyen, mais il faut le couper sans attendre sa dissociation trop tardive; les tissus ont besoin d'être relâchés dans les quarante-huit heures, surtout les téguments du crâne. Là, comme en tout endroit, le crin de Florence (crin des pêcheurs) lui paraît le meilleur agent de suture.

Tout récemment il eut occasion d'appliquer ces préceptes chez trois femmes qui se sont trouvées simultanément dans la salle Richard-Wallace.

La première portait une seule loupe occupant la ligne médiane; ici l'opération était simple. Sans que la malade fût endormie, la tumeur a été traversée d'un coup de bistouri et énucléée. Points de sutures. La guérison a été très rapide.

Les deux autres malades présentaient des conditions beaucoup plus complexes. Une femme de soixante ans, au n° 15 de la salle Richard-Wallace, présentait sept loupes: trois très volumineuses, deux de médiocre volume et trois petites. La plus volumineuse datant de plus de vingt ans, tuée à la partie postérieure latérale droite de la tête, avait le volume d'une orange; deux autres accolées en avant au sommet de la tête avaient le volume d'un gros œuf. Autour et même sur les téguments existaient des cheveux abondants.

Le 7 juin, la malade étant chloroformisée, la plus grosse tumeur est circonscrite par une grande incision, de façon à exciser toute la peau exubérante. En un point, la tumeur est très amincie; une incision faite pour rendre l'énucléation plus facile donne issue à une grande quantité de liquide séreux mêlé de matière sébacée. La tumeur est assez difficile à détacher du crâne en arrière. Deux des autres tumeurs sont encore enlevées avec excision d'une portion de téguments.

Deux autres sont encore enlevées par transfixions, sans excision de peau. Cela fait, les surfaces traumatiques dénudées forment une telle étendue, que M. Lucas-Championnière juge prudent de remettre à une autre séance l'ablation des dernières tumeurs. La plaie de la plus grosse est réunie par cinq points de suture avec gros drain, les deux suivantes reçoivent deux et trois points de suture et un drain, les deux dernières un point de suture et pas de drain. Lavage phéniqué fort abondant, pansement de Lister très large.

Le 8, pansement, ablation de la moitié des points de suture,

raccourcissement des drains. Le 9, ablation de tout drain et points de suture. Le 16, la cicatrisation est complète.

Le 22, sans anesthésie, les deux tumeurs restantes sont enlevées, deux points de suture sur chaque tumeur.

Sortie le 4 juillet, la guérison est complète depuis plusieurs jours.

Au n° 3, une femme de soixante-dix ans a présenté la répétition des mêmes phénomènes. Elle ne portait que deux loupes, mais l'une avait le volume d'une grosse orange et était ouverte. Elle entre le 15 juin et est opérée le 17 avec anesthésie. Ablation de la plus grosse tumeur à peu près comme dans le cas précédent. Sept points de suture et drain. Pour la petite tumeur, pas de points de suture. Pansoment le surlendemain. Le 24, ablation du drain et de sept points de suture. Sortie le 1er juillet, après guérison complète.

Ces deux dernières malades étaient fort intéressantes à cause du volume énorme des tumeurs et de quelques circonstances qui permettent bien d'établir des règles opératoires.

Lors de l'ablation des grosses loupes, l'extirpation de la poche est parfois très difficile, et il serait bon d'être muni de pinces larges et plates. Quand les loupes sont très grosses, il est sage de réserver une partie de la peau, mais non pas toute la peau qu'il semblerait nécessaire de supprimer. La peau du cuir chevelu se rétracte vite et bien.

Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux. Dans ces deux cas, les cheveux abondants furent bien conservés; mais il faut être très attentif à faire un bon lavage phéniqué, à chaque pansement; à toucher à l'eau phéniquée les caillots de sang incrustés dans la chevelure, à mettre un pansement aussi large que possible en enveloppant le cuir chevelu tout entier.

Il paraît téméraire de mettre les points de suture, et cependant ils jouent un rôle excellent pour la rapidité de la guérison.

L'anesthésie est nécessaire, surtout quand les tumeurs sont anciennes; dans ces cas, l'énucléation est quelquefois laborieuse.

Faire couler la matière sébacée dans le tissu cellulaire n'a pas d'inconvénients si la plaie est ensuite bien lavée. La division préalable des tumeurs en deux rend l'opération rapide et facile.

Les opérations précédentes ont été faites avec le pansement de Lister complet, dans une salle encombrée de brancards, et on plusieurs érysipèles se sont montrés chez des femmes atteintes de lésions insignifiantes et non couvertes du pansement de Lister.

Ces détails sont intéressants à connaître en ce qu'ils donnent une marche à suivre pour l'application rigoureuse ou modifiée du pansement pour une opération dont la nécessité peut se présenter chaque jour, et que le chirurgien doit aujourd'hui pratiquer partout sans danger.—*Journal de méd. et de chir.*

Les greffes osseuses. — Tel est le sujet d'une note présentée à l'Académie des Sciences de Paris, par M. le Dr Ollier. Il s'exprime comme suit :

Grâce à la méthode antiseptique, et en particulier au pansement de Lister, qui est jusqu'ici le procédé le plus pratique, la chirurgie est aujourd'hui en mesure de réaliser certaines opérations, formellement proposées depuis longtemps, mais restées à l'état de conceptions théoriques, à cause des dangers qui accompagnaient jusqu'ici la plupart des plaies pratiquées sur l'homme, surtout dans les tissus profonds.

La greffe animale est une des opérations qui devront bénéficier le plus de la possibilité que nous avons aujourd'hui de soustraire les plaies aux agents infectueux. Son principal obstacle a été, en effet, jusqu'ici, l'altération septique du milieu organique dans lequel devrait vivre le tissu transplanté.

La greffe osseuse, en particulier, nous permettra de pratiquer chez l'homme les opérations restauratrices, que nous n'avions pu faire réussir que chez les animaux, plus tolérants pour les traumatismes. On peut même espérer obtenir chez l'homme des résultats plus complets, parce que l'opéré humain gardera le repos et l'immobilité qui sont indispensables au succès de l'adhésion des tissus transplantés.

Il en sera probablement pour les greffes comme pour les résections sous-périostées, qui donnent chez l'homme des résultats plus réguliers, plus satisfaisants que chez la plupart des mammifères, par la seule raison que l'homme se soumet au traitement consécutif nécessaire à une production osseuse régulière.

M. Mac Ewen, de Glasgow, dans la note que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, vient de confirmer de la manière la plus éclatante la réalité de la greffe osseuse sur l'homme.

Il a réussi à reconstituer 0m., 114 de la diaphyse humérale, au moyen de six fragments osseux cunéiformes retranschés sur des tibias de jeunes enfants atteints d'incurvations rachitiques. Il a transplanté, selon la règle que nous avons formulée d'après nos expériences, le tissu osseux complet,

c'est-à-dire la substance osseuse revêtue de son périoste et garnie de sa moelle ; mais il a eu depuis l'idée de la diviser en petits fragments de 0m., 003 à 0m., 005 de diamètre sur 0m., 005 d'épaisseur, et en dernier lieu de 0m., 013 sur 0m., 007. Il a eu pour but d'augmenter les surfaces de contact de la greffe avec les tissus ambiants et de multiplier les centres de prolifération des éléments ostéogènes. Ce procédé lui a parfaitement réussi.

Jusqu'à ces derniers temps, par crainte de voir la greffe ne pas se souder aux tissus voisins et engendrer au milieu des tissus une source de produits septiques dangereux pour l'économie, j'avais, dans la rhinoplastie en particulier, laissé les lambeaux osseux en rapport avec le reste du corps par un pédicule de parties molles ; c'était une sorte de greffe par approche. Mais, aujourd'hui, on devra faire des transplantations véritables et emprunter la matière osseuse à une partie quelconque du squelette du sujet, ou mieux encore à un autre individu *sain*, en mettant à profit la substance osseuse qu'on est si souvent obligé de sacrifier dans certaines opérations. Percy avait essayé, à la fin du siècle dernier, de réparer ainsi par la greffe osseuse le déficit de certains os fracturés, mais il avait eu malheureusement l'idée d'emprunter ses greffes à des os de bœuf. Cette idée, que nous tenons aujourd'hui pour peu physiologique, après l'insuccès de nos greffes entre animaux d'espèces différentes, fut d'autant plus fâcheuse que Percy était, à ce moment, abondamment pourvu de matière ostéoplastique par les blessés qu'il amputait chaque jour.

Certaines tribus de l'Éthiopie, d'après M. d'Abbadie, prétendent réparer les os de leurs blessés en greffant à leur place des os de veau ; nous avons retrouvé la même tradition en Algérie, avec cette différence seulement que l'on empruntait au chien la matière de la greffe. Mais ce sont probablement des erreurs populaires qui ne méritent pas plus de crédit que l'histoire racontée autrefois par Job à Meckreem relative à la réparation d'une perte de substance du crâne par un os de chien.

Ce n'est pas dans cette transplantation entre sujets d'espèces différentes que la chirurgie pourra trouver des ressources nouvelles : c'est dans la transplantation d'os humains et surtout d'os de jeunes sujets, transplantations qui seront d'autant plus praticables qu'on pourra, à défaut d'un os pris sur un autre sujet, faire subir pour ainsi dire sans danger, à l'aide de la méthode antiseptique, des pertes de substances à certaines parties du squelette du sujet même qui aura besoin de matière ostéoplastique.

Le périoste est le tissu de l'os qui est le plus apte à se greffer. Nous avons plusieurs fois greffé des lambeaux de périoste humain sur des plaies granuleuses, et, malgré l'exposition à l'air d'une des faces du lambeau transplanté, la greffe s'est effectuée pour la totalité du tissu transplanté. Mais avec le pansement de Lister nous pouvons aller plus loin, comme le prouve le fait de M. Mac Ewen, et comme le prouvent aussi les greffes de fragments osseux complètement détachés ou tenant à peine par quelques filaments périostiques ou médullaires, abandonnés dans un foyer de fracture. Si l'on peut prévenir la suppuration (et l'on obtient souvent ce résultat à l'aide du pansement de Lister), la greffe s'opère; le fragment osseux se soude et reprend ses adhérences avec les tissus vasculaires qui l'entourent.

Mais cette greffe sera bien plus facile avec des lambeaux osseux régulièrement taillés et placés dans une loge méthodiquement délimitée avec le bistouri, sous les irrigations ou le nuage phéniqués, au milieu de tissus sains et non contusionnés.

Les conditions de persistance et d'accroissement ultérieur de tissu osseux transplanté à distance ont été déjà déterminées par nos expériences antérieures et démontrées par les pièces que nous avons eu l'honneur de soumettre à l'Académie de 1855 à 1861. Je rappellerai à cet égard que les *transplants* devront, lorsqu'on aura le choix, être pris sur des sujets jeunes, c'est-à-dire devront être constitués par des tissus ayant encore un grand accroissement en puissance. C'est dans ces conditions que la polifération cellulaire, effective au point de vue de l'augmentation de la masse, sera la plus abondante. Ce sont surtout les éléments de la couche ostéogène du périoste, organe de l'accroissement de l'os en épaisseur, qui contribueront à ce résultat utile, mais il ne faut pas se laisser aller à des illusions en égard à cet accroissement.

Nous déterminons les limites probables de cet accroissement dans une prochaine communication.—*Le Scalpel.*

Du traitement des abcès froids.—La thérapeutique des abcès froids a subi, grâce à l'emploi des pansements antiseptiques, des modifications assez importantes depuis quelques années. Aussi on peut dire que la guérison de ces affections ordinairement si rebelles, peut être obtenue actuellement avec une assez grande rapidité et surtout avec une sécurité à laquelle on était loin de s'attendre anciennement.

Pour bien faire saisir quelles ont été les causes principales des changements apportés dans le traitement des abcès froids, il est nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur les données nouvelles que l'anatomie pathologique nous a enseignées, à propos de leur structure et de leur évolution.

“On donne le nom d'*abcès froids*, disent les auteurs du *Compendium de chirurgie*, aux collections purulentes qui se forment lentement, sourdement, presque sans douleur, dans le tissu cellulaire et dont le développement n'est pas lié à une maladie primitive des os.”

Leur évolution présente, comme caractère spécial, plusieurs périodes assez distinctes et qui peuvent se résumer de la façon suivante : la formation d'une induration limitée ; le ramollissement de cette induration ; la tendance à l'ouverture spontanée et à la formation d'une fistule souvent très longue à guérir. Mais ces trois périodes peuvent se succéder à des intervalles très éloignés. Aussi voit-on souvent la tendance vers l'ouverture spontanée n'exister que très tardivement à cause de la formation d'une enveloppe spéciale dense, épaisse et d'apparence fibreuse, connue pendant longtemps sous le nom de *membrane pyogénique*.

Cette membrane qui enkyste l'abcès est certainement le point le plus important de son histoire et celui à propos duquel les discussions les plus nombreuses ont eu lieu. On peut même ajouter que la plupart des méthodes de traitement employées contre les abcès froids ont été inspirées par les idées théoriques qu'on se faisait à propos de la structure de cette membrane enkystante.

Nous verrons plus loin que les découvertes les plus récentes sur ce point intéressant ont été la cause qui a déterminé les chirurgiens à proposer un nouveau traitement. Pendant longtemps, on considéra la membrane pyogénique comme constituée par la condensation du tissu cellulaire voisin dont les lamelles s'appliquent les unes contre les autres et se soude sous la pression du pus. Plus tard, on la considéra, d'après l'opinion de Dupuytren, comme un organe nouveau jouissant de la double propriété de l'absorption et de la sécrétion, capable d'entretenir ainsi le renouvellement incessant du liquide contenu dans la poche. Actuellement, nous savons que cette membrane n'est qu'un reliquat de la formation primitive constituant la masse indurée qui précédait le ramollissement central.

Les derniers travaux de M. Lannelongue ont établi d'une façon définitive que cette paroi, comme toute la masse indurée qui a précédé l'abcès, est constituée par un dépôt de nature

tuberculeuse. Cette production tuberculeuse est même capable de dépasser les limites de la poche et d'envoyer des prolongements dans les parties voisines.

À partir du moment où l'on connaît ainsi exactement la nature de ces abcès et de la paroi qui les limite, on reconnut facilement la cause des fistules si difficiles à guérir qui leur succèdent d'habitude, et l'on se rendit compte de la difficulté qu'on rencontre lorsqu'on veut guérir ces abcès.

Nous savons, en effet, que les affections de nature tuberculeuse n'ont qu'une tendance très lente à la guérison; car il est nécessaire, pour que celle-ci soit obtenue, que toutes les parties caséuses soient ou résorbées ou éliminées par la suppuration.

Déjà les anciens chirurgiens avaient remarqué qu'il était nécessaire de laver et de nettoyer ces abcès en y injectant divers liquides. D'autres cherchaient à favoriser l'écoulement du pus et à irriter la surface interne de la poche, à l'exemple de Flaubert, qui incisait la paroi non seulement dans son grand diamètre, mais pratiquait aussi des incisions transversales, afin de mettre plus facilement à nu la paroi de la cavité. Enfin, l'opération était complétée en remplissant toute la cavité de charpie sèche capable de produire une irritation locale énergique. D'autres, après avoir fendu largement la poche, cautérisaient la surface interne soit avec le fer rouge, soit avec des liquides irritants de diverse nature.

Lister emploie une méthode analogue, en lavant la poche avec une solution phéniquée forte, puis plaçant un gros tube qui rend facile l'écoulement des liquides. Mais il a soin surtout de mettre la cavité à l'abri des poussières atmosphériques au moyen de son pansement antiseptique. Il obtient ainsi des guérisons, sans exposer les malades aux dangers de l'altération du pus, si fréquents avec les anciennes méthodes.

Déjà par toutes ces méthodes, on arrivait à produire une excitation de la paroi qui, sous l'influence de l'inflammation suppurative dont elle devenait le siège, se débarrassait de ses produits caséux, bourgeonnait abondamment et arrivait ainsi à se rétracter et à s'obluer. Malheureusement ce processus inflammatoire ne pouvait agir que lentement, car l'élimination de tous les produits caséux ne se faisait qu'après un temps souvent très long, pendant lequel les malades étaient exposés à toutes les mauvaises chances d'infection résultant de la suppuration dans une cavité anfractueuse.

Pour agir plus rapidement et afin d'éviter cette longue période d'élimination des produits caséux, MM. Lannelongue et Trélat ont proposé des moyens plus radicaux. M. Lannelongue

n'hésite pas à employer l'extirpation complète de la membrane elle-même, extirpation qui est rendue facile dans certaines régions par l'emploi de la bande d'Esmarch, qui permet la dissection minutieuse de la paroi externe. En effet, cette dissection doit être d'autant plus parfaite que nous connaissons les prolongements que la poche envoie souvent dans les parties extérieures.

Lorsque l'abcès est ainsi complètement enlevé, on se trouve en présence d'une plaie à surfaces saignantes qui peuvent être réunies en ayant soin de maintenir un tube à drainage dans les parties déclives.

M. Trélat se contente de faire un véritable raclage de toute la surface interne de la poche au moyen d'un grattoir. Il a soin surtout de détruire toutes les parties caséeuses ou fongueuses, et il recommande spécialement d'aller à leur recherche dans tous les trajets secondaires qui peuvent se rencontrer.

Il est facile de comprendre combien on peut hâter la guérison d'une semblable affection; car on élimine artificiellement et en quelques minutes une grande quantité de tissus qui n'auraient pu être entraînés par la suppuration que dans un espace de temps relativement très long.

Il nous est difficile de nous prononcer d'une façon complète sur la valeur de ces deux méthodes. Nous croyons seulement que chacune d'elles peut trouver son application suivant la région et suivant le volume de l'abcès qu'on a à traiter. Il est certain que l'extirpation sera plus facilement employée pour un abcès froid siégeant sur les membres, et qu'au contraire l'opération proposée par M. Trélat sera surtout employée pour les abcès très étendus ou pour ceux qui se sont développés dans une région où l'extirpation peut présenter quelques inconvénients, par exemple à la région du cou.—*Bulletin de thérapeutique.*

Traitement de l'épithélioma bénin de la face par le chlorate de potasse.—Le chlorate de potasse en solution dans la glycérine, selon la formule suivante : glycérine 100, chlorate de potasse 10. donne des résultats remarquables dans le traitement de l'épithélioma bénin de la face.

Voici, d'après M. le docteur Lévêque, les caractères de l'épithélioma bénin : c'est une affection locale à forme légère, survenant en général dans un âge très avancé. D'origine glandulaire (le plus souvent sudoripare) ou papillaire, elle débute par un bouton ou par une verrue, s'entoure d'une mem-

brane fibroïde ou même fibreuse qui l'enkyste, et au bout d'un certain temps, variable entre deux et trente ans, elle présente une ulcération aplatie, légèrement excavée et mamelonnée, qui met à nu toute la lésion. Point d'engorgement ganglionnaire, du moins pendant de longues années.

La guérison radicale est possible tant que dure l'enkystement; mais dès que la prolifération épithéliale, franchissant la barrière fibreuse qui la retient, envahit le derme, le cancroïde, revêt la forme grave et le chlorate de potasse doit céder la place au bistouri. Le traitement de l'épithélioma bénin doit être pratiqué de la façon suivante: on touchera le plus souvent possible l'ulcération avec un pinceau imbibé fortement de la solution indiquée, puis on recouvrira chaque fois la plaie d'un linge cératé.

La durée du traitement ne dépasse guère trois mois; mais l'amélioration est déjà sensible au bout de deux semaines. Si, à la fin de la troisième semaine, cette amélioration ne se produisait pas, il faudrait rejeter toute médication et recourir au bistouri. (*Thèse de Paris, 1880.*)

Traitement du bubon (*Fournier*).—Le bubon du chancre simple étant de nature inflammatoire, il faut le traiter par les antiphlogistiques: 1. repos au lit absolu et indispensable; 2^o soins d'hygiène et régime sévère, pas d'excitants; 3^o applications émollientes. Le cataplasme simple est très bon, mais les bains répétés et prolongés pendant deux heures sont beaucoup plus utiles et nécessaires. Si l'inflammation est très vive, on peut appliquer des sangsues, qui ont cependant un inconvénient; c'est que leurs piqûres, inoculées quelquefois par le pus du bubon chancreux, se transforment en chancres mous: on ne les appliquera donc que si le bubon est encore dur et si on peut en espérer la résolution.

Si le bubon suppure, ouvrir le foyer et cela pour trois raisons: 1^o épargner plusieurs jours de souffrance; 2^o abrégier la durée de la maladie; 3^o prévenir les complications, telles que décollements, fusées, cavernes chancreuses, etc.

Faut-il ouvrir le bubon par les caustiques? Cette méthode n'a aucun avantage et donne une large plaie suivie d'une cicatrice indélébile plus au moins profonde. Donc, bistouri et préalablement anesthésie locale avec pulvérisation d'éther. Pas de ponctions multiples: une simple ponction suffit; mais pour assurer au pus une élimination facile, elle aura une étendue de 1 centimètre. A la suite de l'incision, la cicatrisation

se fera seule ou sera aidée par les badigeonnages à la teinture d'iode et surtout par une compression méthodique.

Si le bubon a été ouvert trop tard, s'il est chancreux, le traiter comme le chancre simple, par un pansement avec la solution de nitrate d'argent au 1/30. S'il y a cavernes chancreuses, injections détersives, avec une solution de nitrate d'argent au 1/100. Enfin, s'il y a des clapiers multiples et profonds, l'intervention chirurgicale est absolument nécessaire : il faut mettre à découvert le fond du foyer et enlever avec des ciseaux les portions de peau décollée, les ponts que réunissent les deux bords de la plaie, et la traiter ensuite comme un chancre ordinaire.—*Le Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'usage du forceps dans le travail prolongé, et des moyens qui peuvent le remplacer.—Un rapport présenté sur ce sujet à la Société obstétricale de Londres par le professeur Barnes a été le point de départ d'une discussion approfondie, dans laquelle les accoucheurs les plus distingués de la Grande-Bretagne et d'Irlande ont successivement pris la parole, et dans laquelle se sont fait jour des courants d'idées très opposées.

Au premier abord, suivant la remarque de Barnes, la question posée paraît simple et la solution facile à trouver : consultez Collins, Ramsbotham, Johnson ; tous proclament les mêmes principes. Dans les cas où il n'y a ni vice de position, ni disproportion des parties, dans les cas simples par conséquent, aussi longtemps que l'état général de la femme est satisfaisant que les douleurs se soutiennent et produisent un effet, si faible qu'il soit, enfin que l'enfant ne paraît pas souffrir, *il a n'y pas lieu à intervention*, quelle que soit la prolongation du travail. En théorie, unanimité parfaite, mais en pratique, que de dissidences ! Tandis que Collins applique le forceps une fois en moyenne sur 607 cas, et Ramsbotham une fois sur 671, on voit Johnston l'employer une fois sur 10 ou 11 accouchements. (Quelques-uns des membres du Congrès avouent même une application de forceps sur cinq à six cas.)

Amené à discuter la valeur comparative des deux méthodes, celle de l'intervention rare et celle de l'intervention fréquente, Barnes distingue deux ordres de faits : ceux dans lesquels le

relentissement du travail survient pendant la deuxième période (expulsion) et ceux où il se produit dans le cours de la première phase (dilatation). Dans le premier cas (dilatation achevée, tête dans l'excavation ou la vulve, Barnes est d'avis qu'on peut fréquemment employer le forceps : l'expectation lui paraît fâcheuse, et il condamne l'emploi de l'ergot de seigle (qui malheureusement paraît encore très en faveur dans les trois royaumes). Quant au deuxième cas, arrêt du travail avant la dilatation complète, la tête restant au-dessus du détroit supérieur, Barnes fait ressortir les dangers de l'emploi du forceps dans de telles conditions : déchirure ou contusion du col imparfaitement dilaté ; tractions brutales sur les ligaments utérins ; inertie consécutive. Souvent, dans les cas de ce genre, le travail interrompu reprend au bout d'un certain temps, et aboutit à la délivrance spontanée. On n'usera donc du forceps que le plus rarement possible, et seulement dans les cas où l'état de la femme exige la terminaison immédiate.

Lombe Atthil, médecin en chef au Rotunda-Hospital de Dublin, est partisan de l'invention fréquente, surtout à la deuxième période, où le séjour prolongé de la tête dans l'excavation peut amener mortification des parties maternelles comprimées. Quant à l'ergot de seigle, employé pour hâter l'accouchement, c'est un moyen très-dangereux, qui compromet souvent la vie de l'enfant, et qu'il faut rejeter absolument. L'emploi du forceps à la première période, avant la dilatation du col, très-fâcheux pour la mère, est presque toujours fatal à l'enfant, qui naît vivant, mais meurt quelques heures après la naissance, en raison des compressions excessives que son crâne a subies. On n'y aura recours que lorsqu'on ne pourra faire autrement. A ce propos, l'auteur cite un cas dans lequel, après avoir introduit le forceps dans un col à peine dilaté, il n'osa faire l'extraction de peur d'exercer de trop grandes violences, et retira l'instrument ; peu de temps après, le travail spontané reprit son cours, et la délivrance eut lieu sans intervention.

Roper, médecin à la Royal Maternity Charity, s'est attaché à montrer non-seulement l'inutilité, mais encore les inconvénients de l'emploi immodéré du forceps, même à la deuxième période. A cette phase en effet, le ralentissement du travail peut être dû à deux causes différentes. Tantôt il s'agit d'une multipare, dont l'utérus fatigué et paresseux se contracte rarement et d'une manière peu soutenue ; la progression du fœtus est lente, mais elle se fait cependant ; l'intermittence des contractions rend impossible toute compression dangereuse, et la délivrance spontanée s'achève, un peu plus tôt ou un peu plus tard : le forceps est donc inutile. Tantôt, en revanche, et cela

surtout chez les primipares vigoureuses, l'utérus se contracte fortement, continuellement, mais les parties molles résistent et la tête n'avance pas. ou recule après avoir avancé; ici le temps est nécessaire pour amener une distension graduelle; la sortie brusque de la tête ne saurait se faire sans déchirures: le forceps est donc fâcheux. Que si dans ces conditions les douleurs s'arrêtent et la femme s'affaiblit, alors on n'hésitera pas à l'employer. Quant au forceps à la première période (high operation), il est à la fois inutile et nuisible: inutile, parce qu'il n'y a pas dans ces conditions de compressions dangereuses des parties molles; nuisible, parce qu'il peut coûter la vie à l'enfant aussi bien qu'à la mère.

Roper démontre que ses conclusions sont appuyés par les résultats que fournit la statistique. En effet:

1^o Collins, exerçant à Rotunda-Hospital, de 1826 à 1833, réunit 16.414 cas, sur lesquels il applique le forceps 27 fois (ou 1 sur 607), la mortalité totale des mères sst de 164 (ou 1 0/0); celle des enfants de 828 (ou 5 0/0);

2^o Ramsbotham (1828-1850), à Royal Maternity Charity, à 48,996 cas; il applique le forceps 73 fois (ou 1 sur 671); il perd en tout 220 femmes (ou 0,41 0/0) et 1,822 enfants (ou 3,7 0/0);

3^o Johnston (1868-75), à Rotunda-Hospital, a eu 7,872 cas; il a fait 752 applications de forceps (ou 1 sur 10 1/2), sur lesquelles il a eu 58 morts; la mortalité totale des femmes a été 179 (ou 2,3 0/0); celle des enfants de 410 (ou 6,1 0/0);

4^o Roper, à Royal Maternity Charity, signale 9,389 cas; il a appliqué le forceps 80 fois (ou 1 sur 117); il a perdu en tout 32 femmes (ou 0,34 0/0) et enfants (ou 3, 4 0/0).

Ainsi, de quelque manière qu'on retourne les chiffres, la mortalité la plus forte, pour les mères comme pour les enfants, appartient à celui qui fait l'usage le plus fréquents du forceps, à Johnston. Encore, ce dernier n'a-t-il pas eu d'épidémie de fièvre puerpérale, tandis que Collins a perdu pour cette seule cause 58 de ses malades. On ne peut s'empêcher de voir dans la fréquence des interventions une des causes au moins de ces fâcheux résultats. En effet, sur un total de 752 cas de forceps, Johnston a eu 58 morts ou 1 sur 13. Ce n'est pas tout: indépendamment des accidents mortels dont il peut être l'origine, l'emploi inconsidéré du forceps détermine toutes sortes de troubles dans l'involution utérine. C'est dans la tendance malheureuse des chirurgiens à intervenir violemment dans un acte tout physiologique qu'il faut chercher, suivant Roper, la cause d'une grande partie des affections utérines qui donnent tant de travail aux gynécologistes.

Les conclusions qui ressortent de l'ensemble de la discussion, sont à peu de chose près les suivantes :

1^o L'usage de l'ergot de seigle, comme moyen d'accélérer le travail, doit être absolument abandonné ;

2^o L'expectation, utile jusqu'à un certain point, peut devenir dangereuse quand elle est érigée en système ;

3^o L'emploi du forceps à la deuxième période du travail (low operation) offre peu de dangers entre les mains d'un accoucheur habile ; il est souvent sans inconvénients, mais souvent aussi il est inutile, et la hâte du médecin n'est pas une raison suffisante pour en justifier l'emploi ;

4^o Plus la tête est haut placée, plus la dilatation du col est incomplète au moment du ralentissement du travail, moins l'usage du forceps est indiqué.—(*Revue des sciences médicales.*—*Lyon, Médical.*

De la blennorrhagie chez la femme (MAUBIAC).—L'étude de la blennorrhagie chez la femme est beaucoup plus difficile et plus compliquée que chez l'homme à cause de la confusion si aisée de cette affection avec les uréthrites, les leucorrhées, les flux utérins de diverses natures. Et d'abord, l'interrogatoire chez la femme ne donnera jamais des renseignements aussi précis que chez l'homme. Elle se plaindra de douleurs en urinant, d'un écoulement quelquefois teinté de sang, si les phénomènes sont bien intenses. Mais quelques-unes, avec la meilleure foi du monde, avouent qu'elles ne ressentent rien de particulier. Il faut donc y regarder de près et examiner méthodiquement les organes génitaux et l'urètre.

La vulve, que l'on essuyera préalablement avec un linge fin, pour voir si elle est le siège de sécrétions spéciales, sera plus ou moins rouge et congestionnée. Il importe surtout d'examiner l'urètre avec une grande attention et de voir si le méat est rouge, irrité, sanglant. Dans les cas d'uréthrite blennorrhagique, il en sort un liquide mucoso-purulent quand la femme n'a pas uriné auparavant. Cette uréthrite est d'une grande importance au point de vue de la nature des écoulements. Elle ne fait jamais défaut chez les femmes qui ont une véritable blennorrhagie ; or, comme les fleurs blanches ne peuvent pas la déterminer, comme les uréthrites simples sont très-rares chez les femmes, son existence est une grande preuve en faveur de la blennorrhagie. Elles survient de différentes façons, tantôt par contagion directe : dans le coït, par exemple ; tantôt par contagion médiate, par le vagin. Les troubles fonctionnels se réduisent à peu de chose : il y a par-

fois un peu de cuisson et de chaleur en urinant, des envies fréquentes d'uriner mais modérées et faibles ; c'est cependant là un indice qu'il ne faut pas négliger.

Quant à la vulvite elle-même, il ne faudra pas la confondre avec les vulvites d'autre nature. Celles-ci sont dues à des causes multiples, telles que les excès vénériens, les irritations diverses, les marches forcées, l'herpès, leucorrhée, les menstrues. Il y a, en outre, une vulvite spéciale non contagieuse, due à l'inflammation des glandes sébacées et qui se manifeste par la présence de dépôts pseudo-membraneux plus ou moins étendus sur les surfaces malades congestionnées.

Mais ce qui est assez fréquent dans la vulvite blennorrhagique, c'est l'inflammation des glandes mucipares vulvaires. Celles-ci, plus ou moins enflammées, apparaissent çà et là sous forme de petits points plus foncés qui correspondent aux orifices des glandes ; il en sort un liquide d'abord muqueux, puis mucoso-purulent, enfin tout à fait purulent. On peut constater aussi l'érosion et la desquamation de l'épithélium de la muqueuse qui est rouge et épaissie ; enfin il y a parfois de l'œdème des petites et des grandes lèvres. Cette vulvite donne lieu à du prurit, à des démangeaisons, à une excitation du sens génésique ; l'écoulement purulent fait sur le linge des taches grisâtres avec liséré plus foncé au centre, ou jaunâtres ou verdâtres, ces dernières plus épaisses et plus saillantes.

Autre distinction entre les vulvites simples et les vulvites blennorrhagiques, c'est que les premières guérissent vite, tandis que les secondes persistent quelquefois et durent très-longtemps. Enfin, si la vulvite coïncide avec une vaginite, on a les plus grandes présomptions en faveur de la blennorrhagie. Cette vaginite ne peut pas toujours être constatée au spéculum, dans les cas où elle est très aigue, car l'introduction de l'instrument est fort douloureux. Quand on peut le faire, il faut aller doucement, afin de déplisser lentement les parois vaginales dont on examine peu à peu la rougeur, les rugosités, les sécrétions ; arrivé au cul-de-sac, on tombe sur un flot de mucosités au milieu desquelles se trouve le col : alors, il s'agit de déterger celui-ci avec une éponge pour voir s'il est rouge, s'il laisse sortir un écoulement dont on constatera la nature. Si la femme souffre beaucoup dans le bas-ventre, il faudra combiner le palper et le toucher, afin de savoir si l'utérus n'est pas augmenté de volume, s'il n'y a pas d'ovarite, complication assez fréquente des blennorrhagies graves.

Il n'est pas rare de voir la vaginite s'étendre jusqu'aux glandes vulvo-vaginales. Celles-ci présentent des lésions diverses, depuis l'hypérémie simple jusqu'au phlegmon le plus

aigu ; il s'écoule, par les orifices des glandes un liquide d'abord clair, puis muqueux, vitreux, filant, dû à la suractivité des fonctions génitales ; plus tard il peut s'y former du pus. Cette complication donne lieu à des douleurs très-vives vers les parties inférieures de la vulve ; il se forme peu à peu sur les parties latérales une tumeur dure, qui se ramollit rapidement, l'œdème circonvoisin gagne les petites lèvres, puis les grandes lèvres qui sont rouges et tuméfiées ; le phlegmon peut même s'étendre jusque-là, et par ailleurs, jusqu'au périnée, comme cela se fait chez l'homme, après l'inflammation des glandes bulbo uréthrales. Le phlegmon des glandes vulvo vaginales guérit assez facilement, mais il est sujet à récidiver, quelquefois à cinq ou six reprises dans le cours de la maladie, et même il peut rester fistuleux, ce qui est une cause nouvelle de contagion.

La blennorrhagie se traitera chez la femme par les mêmes procédés que chez l'homme ; mais chez elle les balsamiques ne s'éliminant que par les urines, ne pourraient avoir aucune influence sur la muqueuse vaginale, à moins de mettre les urines chargées de ces principes en contact avec la muqueuse, on arrive à ce résultat en les employant en injections qui produisent de bons effets.—*Le Praticien.*

—

Traitements de l'hémorrhagie "Post Partum".—

Voici d'après un long travail publié dans la *Revue des maladies des femmes*, le résumé du traitement rationnel préconisé par le Dr ENGELMANN :

A.—*Traitement préventif après l'établissement du travail.*—

1. Sérieuse attention à chaque détail et stricte application des règles de l'obstétrique dans chaque cas de travail.

2. Administration d'une dose complète d'ergot lorsque la tête franchit l'orifice vaginal.

3. Si l'hémorrhagie menace, suivre le fond de l'utérus avec la main fortement appliquée.

4. Extraire le placenta par la méthode de Crédé, et étreindre fortement avec la main le fond de l'utérus.

B.—*Traitement de l'hémorrhagie déclarée.*—1. Manipulation externe, pression et friction avec la main froide au avec de la glace.

2. Ergot.—Le mieux en injections sous-cutanées, une ou deux bonnes doses, tandis qu'on augmente les manipulations.

3. Introduction de la main dans le vagin, et, si les contractions ne se produisent pas, aller jusque dans l'utérus ; extraire

tion des caillots et irritation de la surface interne afin de stimuler les contractions.

4. Administration sous-cutanée d'éther.

5. Glace ou vinaigre avec la main dans la cavité utérine; on peut essayer ce moyen: mais s'il ne réussit pas, ne pas persister.

6. La douche d'eau chaude qui, si elle ne provoque pas la contraction désirée, stimulera au moins la malade et nettoiera la cavité utérine: de sorte qu'elle offrira ainsi un remède sans danger et très efficace.

7. Le perchlorure de fer.—On peut en faire usage alors que l'introduction de la main et l'injection sous-cutanée d'éther auront échoué ou après l'essai de la douche d'eau chaude; mais dans les cas désespérés on doit y avoir recours de suite sans perdre de temps à tenter les autres moyens moins puissants.—*Le Médecin Praticien.*

Sur la thérapeutique intra-utérine dans l'état puerpéral, par le Dr Gruenwald.—En adoptant l'opinion que les principes gouvernant le traitement des plaies peuvent seuls donner une prophylaxie efficace contre la fièvre puerpérale, le professeur Gruenwald recommande les injections intra-utérines. Celles-ci n'ont pas été généralement employées parce que les injections amènent parfois des résultats défavorables. Les paramétrites et les péritonites observées après les injections ne proviennent cependant que dans les cas les plus rares de la présence directe du liquide injecté dans la cavité abdominale, et ne peuvent exister que par une dilatation morbide des tubes. L'injection pénètre plutôt à travers les lymphatiques ouverts de l'utérus puerpéral dans la péritoine et détermine la réaction inflammatoire, soit chimiquement, soit par la pression du liquide qui pénètre. Par l'injection, les thromboses existant à l'extrémité des vaisseaux sont moins solides et se meuvent comme ferait une embolie; alors, survient la fièvre intermittente ou l'hémorrhagie, après que les ouvertures vasculaires engorgées par ces caillots ont été dégagées. Si le liquide injecté pénètre directement dans les vaisseaux ouverts, on observe l'évanouissement, le collapsus, les étourdissements et les lipothymies. L'auteur n'adopte pas cette opinion de Lazarewitsch, que le fond de l'utérus est très sensible quand il est en contact direct avec une injection; mais il explique dans ces cas la gravité des symptômes par l'écoulement difficile du liquide injecté. Comme le danger est très grand, si

l'air pénètre dans les vaisseaux sanguins, on ne doit employer que l'irrigateur, et toutes les autres espèces de seringues doivent être rejetées. La quantité de liquide doit être d'un demi-litre à un litre. Les sondes à double courant sont les meilleures, mais elles doivent être faites avec une matière flexible. En introduisant les sondes, on doit prendre les plus grandes précautions pour éviter la laceration, car les plaies peuvent devenir un foyer d'infection.

Dans beaucoup de cas, une seule injection suffit, spécialement ceux dans lesquels des débris d'œufs sont restés dans l'utérus; mais dans les endométrites et les diphthérites, des irrigations répétées et longtemps continuées sont nécessaires chaque jour, et, dans ces cas, on recommande l'irrigation permanente de Shucking et le drainage utérin (Langenbech, Schede, Spiegelberg). Immédiatement après l'accouchement on peut faire une injection qui lave entièrement le canal génital, et cela est spécialement nécessaire après des accouchements laborieux dans lesquels des opérations ont été nécessaires. Cette irrigation ne doit cependant être renouvelée dans le cours de la fièvre puerpérale que dans le cas où une augmentation de température, ou quelque condition anormale des lochies indique rait un plus grand danger. L'emploi de l'acide phénique est particulièrement recommandé. L'auteur n'est pas de l'avis de Fritsch, en ce qui concerne le danger des injections de perchlorure de fer. En déplaçant les débris ichoreux de l'œuf par la curette, il convient d'employer simultanément les irrigations désinfectantes.—*Bull. de thérapeutique.*

—

Du diagnostic pendant la grossesse, de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne, par Budis.
—L'auteur signale ou rappelle ce fait que le siège peut parfois être engagé dans les derniers jours de la grossesse aussi bien que le sommet; c'est à cette présentation engagée qu'il donne le nom de définitive employé déjà par M. Tarnier. Le siège engagé est pris le plus souvent pour la tête; l'inspection, la palpation et le toucher peuvent, au premier abord, faire croire à une présentation de l'extrémité céphalique fléchie. Mais en frappant avec l'extrémité des doigts immédiatement au-dessus du pupis, on sent une résistance moindre, une certaine réductibilité dans le cas de présentation du siège (surtout, ajouterai-je, lorsqu'on presse la présentation entre les trois angles d'un triangle équilatéral représentés par les deux mains et le promontoire). De plus, le toucher donne le plus souvent, à tra-

vers le segment inférieur de l'utérus, des sensations qui ne correspondent pas à celles que produisent les sutures, surtout lorsque le doigt explore le cul-de-sac postérieur. Enfin l'on peut parfois dans les cas douteux percevoir le ballottement de la tête fœtale au fond de l'utérus, en faisant prendre à la malade la position genu-pectorale. Ce qu'il faut retenir surtout, c'est la possibilité de l'engagement du siège dans les dernières semaines de la grossesse, et la possibilité de l'erreur. Budin cite six cas à l'appui : trois primipares, trois multipares.—(*Progrès médical*).—*Lyon médical*.

—

Modifications nouvelles dans le traitement de la vaginite, par TERRILLON.—Le nouveau mode de pansement consiste dans l'introduction de la pommade suivante, d'une préparation facile :

Vaseline.....	1	v.
Amidon	1	v.
Tannin	3	iss.

au moyen d'un instrument spécial (construit par Mathieu), qui se compose d'un réservoir terminé par un tube de 10 centimètres, dont l'extrémité est taillée en biseau ; le réservoir est muni d'un couvercle fermé au moyen d'un ressort. Le centre du couvercle donne passage à la tige d'un piston sur laquelle l'on presse pour chasser la pommade. Si la vulve est très-large, un tampon de ouate. En moyenne, il suffit de ne renouveler l'application de cette pommade que tous les sept à huit jours ; la quantité moyenne introduite est de 4 à 6 gros.

—

De l'hydrocèle vaginale simple et de son traitement par la méthode de Defer.—Parmi les divers procédés mis en usage pour la cure radicale de l'hydrocèle simple, le meilleur est assurément, dit M. le docteur Rol, celui de Defer.

Voici en quoi il consiste : L'hydrocèle est ponctionnée selon les règles habituelles, avec un trocart de moyen calibre, et le liquide évacué. Par la canule on introduit aussitôt une soude cannelée, sur l'extrémité de laquelle on a préalablement fait fondre à la flamme d'une bougie, un peu de nitrate d'argent. La sonde porte-caustique est promenée rapidement en diffé-

rents points de la vaginale; puis on retire successivement la sonde et la canule.

Les résultats sont excellents, et malgré une inflammation assez vive qui peut se prolonger pendant cinq ou six jours, la guérison est généralement obtenue, non par adhérence des deux feuillets de la vaginale, mais par simple modification vitale de cette séreuse; de plus les récidives, si tant est qu'il s'en produise, sont très-rares.

La méthode de Defer peut se résumer ainsi : innocuité complète, efficacité parfaite et exécution facile. (*Bul.gén. de Thérap.*)

Traitement des vomissements opiniâtres dans la grossesse.—Le docteur Welponer rapporte que, d'après la recommandation du docteur Beaun Femald, qui a, plusieurs fois, trouvé ce procédé utile dans la pratique particulière, il a obtenu d'excellents résultats dans trois cas de vomissements opiniâtres dans l'état de grossesse, lesquels avaient résisté à tous les autres remèdes, par l'application d'une solution de nitrate d'argent à 10 pour 100 à la partie vaginale du col de l'utérus. Il maintient en contact la solution pendant cinq minutes et essuie ensuite les parties avec de la ouate; l'application demande à être répétée plusieurs fois dans l'intervalle de deux ou trois jours; le succès a été remarquable.—*Bulletin de thérapeutique.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Potion contre la constipation des enfants à la mamelle.—Le Dr LEWIS-SMITH censeille pour les enfants à la mamelle, dont la constipation est quelquefois si persistante, une préparation qui, ajoutée au lait, le rapproche de la composition du colostrum si manifestement purgatif :

Huile de foie de morue.....	2 parties.
Eau de chaux	} aa. 1 partie.
Sirop de lactophosphate de chaux.	

Un quart ou une demi-cuillère à thé sont donnés avant chaque tétée; ou bien on donne une cuillerée à thé trois fois

le jour. Aucun agent, dit le docteur Lewis-Smith dans *American Journal of obstetric*, n'est préférable pour la constipation des enfants.—*Le Médecin Praticien*.

Traitement de la fissure à l'anüs sans opération.—

Aux malades pussillanimes qui ne veulent de la dilatation forcée, moyen rapide et efficace pour guérir la fistule de l'anüs, M. le docteur Mascarel propose le traitement suivant qui lui a donné de nombreux succès :

1^o Tous les jours prendre un lavement à l'eau tiède, additionné d'une grande cuillerée de glycérine.

2^o Après chaque garde-robe terminée, introduire dans l'anüs, à l'aide d'un porte-mèche, une mèche de charpie du volume du petit doigt, bien enduite de la pommade ainsi préparée :

Glycérine et huile d'amandes douces ââ..... ʒ i.
Onguent de la mère..... ʒ i.

3^o Avant l'introduction de la mèche, avoir le soin de bien enduire le pourtour de l'anüs d'une couche abondante de la même pommade.

4^o Si la constipation est très-prononcée donner tous les soirs dans une cuillerée de potage, à l'heure du dîner, 5 cent. de poudre de racine de belladone.

Huit fois sur dix la fissure est radicalement guérie après trois semaines ou un mois au plus de ce traitement.—*France médicale*.—*Lyon médical*.

Traitement du l'urticaire chronique.—(Labbé).—Il faut recourir à l'usage de l'arséniate de soude à haute dose, 5 milligrammes à 1 centigramme par jour, et aux lotions de sublimé suivant la formule suivante :

Sublimé corrosif..... gr. xv.
Eau distillée ʒ iij.
Alcool Q. s.—

Les malades adultes mettent une cuillerée à café de cette solution dans un demi-verre d'eau fraîche et pratiquent avec ce liquide des lotions sur les parties atteintes, quant surviennent les démangeaisons. Après quinze jours de traitement, la maladie est à peu près éteinte.

Ou bien, on fait prendre aux malades une cuillerée à café, à chaque repas, de la solution suivante :

Arséniate de soude.....	gr. i.
Eau distillée.....	5 iii à iv.

En outre, on donne des boissons alcalines, des bains alcalins, des bains prolongés suivant la méthode que préconisait Hébra (de Vienne), c'est-à-dire durant une journée entière, et on fait répandre sur les régions malades un mélange d'oxyde zinc et d'amidon.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Potion contre la coqueluche, par le professeur ARMERICH.—Nous trouvons dans la *Revista de ciencias medicas de Barcelona* la formule suivante, qui a donné de très bons résultats au docteur Aymerich.

Bromure de potassium	5 i.
Acide phénique cristallisé.....	gr. iv.
Sirop de citron	q. s.
Véhicule.....	5 vi.

à prendre toutes les deux heures, une grande ou une petite cuillerée, suivant l'âge du malade.

Outre cette potion, le médecin portugais recommande un régime tonique, et entretient dans la chambre du malade une atmosphère goudronnée.—*Le Médecin Praticien.*

L'iodoforme a été recommandé par M. le Dr Aphel pour combattre les douleurs. Une femme avait reçu une contusion sur le sein droit, les ganglions de l'aisselle se prirent et la mamelle devenait très douloureuse. Des onctions mercurielles belladonnées continuées pendant 30 jrs ne produisirent aucun soulagement, l'emploi d'une pommade à l'iodoforme fit cesser aussitôt la douleur. Un homme avait une contusion au cou-de-pied très douloureuse; une friction avec un onguent contenant 1 d'iodoforme pour 30 d'axonge amena une amélioration rapide.

Le professeur Marius emploie 1 d'iodoforme dans 30 de glycérolé d'amidon, avec quelques gouttes d'essence de menthe pour atténuer l'odeur.—*Revue de thérap. méd.-chir.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, SEPTEMBRE 1881.

Comité de Rédaction :

MESSEIERS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

La cinquantaine d'un journal de médecine.

Le Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale publié par MM. les professeurs Bouchardat, Léon Le Fort et Potain, et leur secrétaire Dujardin-Beaumetz, — qui nous arrive de ce côté-ci de l'océan, tous les quinze jours, — que nos lecteurs connaissent depuis longtemps par les fréquents extraits que nous en faisons — vient de rentrer dans la cinquantième année de son existence.

Un demi-siècle sur la physionomie d'un journal, c'est comme un siècle sur la tête d'un savant ; quel effet splendide ! Quelle couronne ou plutôt quels lauriers comparables à celui-là. Aussi nous nous inclinons de suite, et saluons de loin le cinquantenaire que nous portons dans notre cœur depuis si longtemps d'ailleurs parce que c'est la France et la science tout à la fois.

La durée moyenne de la vie des journaux est plus courte que celle des hommes, en revanche certains journaux sont doués d'une longévité surprenante, et se fortifient avec l'âge.

Le Bulletin général de Thérapeutique a été fondé il y a cinquante ans, le 15 juillet par Miquel. La doctrine de Broussais venait de succomber sous le triomphe de l'anatomie pathologique, c'était une belle occasion de rappeler au monde médical que le grand but de la médecine doit consister plus particulièrement dans la curation des maladies, c'est ce que pensa Miquel et ce qui le conduisit à la fondation du *Bulletin*.

Sans être indifférent à la science qui se fait, toute conception pathogénique n'a de valeur qu'en autant qu'elle se résout en actes : la pathologie est un moyen mais la thérapeutique est le grand but à atteindre. C'est dire en deux mots le rôle sublime qu'a joué le journal cinquantenaire : Accumuler les richesses de la thérapeutique depuis cinquante ans en faire cent volumes, quel trésor, quelle mine inépuisable !

Une étude comparative merveilleuse serait bien l'exposé de la thérapeutique de 1830 et de 1881, il n'y aurait qu'à compiler le *Bulletin* pour faire ce grand travail, tout en jetant un regard de temps en temps sur les travaux de l'école expérimentale qui a tant contribué à asseoir sur une base solide la thérapeutique de nos jours.

Il nous est particulièrement agréable de féliciter nos confrères d'outre mer de leur succès. Les circonstances particulières dans lesquelles se trouve le Canada vis-à-vis la France depuis quelque temps, les relations intimes, les sympathies plus nombreuses que l'on observe entre les deux pays, tout cela fait vibrer chez nous une de ces cordes du cœur qui fait que nous nous surprenons à dire affectueusement : si la science avait une patrie, ce serait bien en France qu'il faudrait la chercher.

Lorsque la France couronne nos poètes, nous ouvre les portes de l'immortalité, fournit au talent la récompense, au bras vigoureux le travail, à la nation pauvre l'argent, pouvons-nous ne pas nous attendre quand il s'agit d'assister à ses fêtes, surtout quand ces fêtes sont scientifiques.

Ne sommes-nous pas d'ailleurs, nous médecins, doublement français, et par le cœur et par l'intelligence ? Si c'est le bon vieux sang gaulois qui coule dans nos veines et donne la vie à notre cœur, n'est-ce pas le génie des pères de la médecine en France, qui a présidé à nos études et fécondé nos travaux, et si le niveau de la science médicale monte rapidement au Canada, nous pouvons bien en chercher la cause principale dans les rapports scientifiques plus intimes qui existent entre les deux pays depuis quelques années.

Nul doute que les États-Unis et l'Angleterre apportent dans ce gigantesque ouvrage leur noble part, mais l'Alma mater véritable est bien *là-bas* !

Dis-moi, mon fils, dis-moi, ne reviennent-ils pas ?

fait dire le poète, à nos ancêtres abandonnés.

Oui, ils nous reviennent *nos gens*, ils ! ils reviennent avec la double fortune qui féconde le sol et les intelligences, qui engraisse les sillons et fait germer les idées : l'argent et la science !

S. L.

Collège des médecins et chirurgiens, P.Q.—Le Bureau des examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine s'assemblera, à Québec, le 22 septembre courant.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine aura lieu, à Québec, le 28 septembre courant.