

## 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:

- 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.

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## Injections vaginales avant et après l'accouchement

PAR M. LE DOCTEUR L. J. O. SIROIS.

De récentes études et de nouvelles recherches vont remettre en discussion, non seulement la nécessité, mais encore l'utilité des injections vaginales avant, pendant et après l'accouchement normal.

Bien qu'elles soient universellement adoptées dans la clientèle des villes, les injections vaginales ne sont pas encore entrées, croyons nous, dans la pratique courante des campagnes pour des raisons qu'il serait fastidieux d'énumérer. Nous serions anxieux de savoir si, toutes choses égales d'ailleurs, les résultats obtenus par les médecins des villes sont plus satisfaisants que ceux des praticiens de la campagne ! Les complications de la puerpéralité, malgré les soins attentifs d'infirmières instruites, agissant sous la surveillance active de médecins éclairés et les conditions hygiéniques de propreté, régime, etc., sont-elles moins fréquentes à la ville qu'à la campagne ? Si les statistiques des gynécologues et des cliniques de maladies des femmes pourraient nous fournir des renseignements précis à ce sujet, elles démontreraient—ou nous nous trompons fort—que soixante-quinze par cent des *éternelles blessées* habitent les villes.

Prétendre que cette différence démontre l'insuccès des pratiques antiseptiques serait absurde. Mais elle n'en prouve pas moins clairement que, laissée à elle-même, la nature se suffit dans les cas normaux.

D'ailleurs, les expériences du Dr Kronig jettent une lumière nouvelle sur cette question. Nous empruntons à la *Tribune Médicale* l'analyse du travail du savant allemand, publié sous le titre : "*Des propriétés bactéricides des sécrétions vaginales chez les femmes enceintes.*"

"Comme nous venons de le dire, le travail de Kronig est une étude expérimentale. Les expériences en question consistaient à inoculer dans le vagin des femmes enceintes des cultures de bacilles pyocyaniques, des staphylocoques et des streptocoques, et à examiner les sécrétions vaginales à des intervalles différents après l'inoculation.

"Le bacille pyocyanique a été inoculé à 20 femmes enceintes dont les sécrétions contenaient neuf fois des bacilles vaginaux, quatre fois des bacilles courts, sept fois des microcoques. Chez les neuf premières, on ne retrouvait plus les bacilles pyocyaniques

“ au bout de dix à vingt-quatre heures, soit au bout de quatorze  
 “ heures et demie en moyenne ; chez les quatre suivantes, les sécré-  
 “ tions vaginales ne contenaient plus de bacilles pyocyaniques, au  
 “ bout de seize heures en moyenne, et au bout de vingt heures en  
 “ moyenne chez les femmes du dernier groupe.

“ Les expériences avec le staphylocoque et le streptocoque, faites  
 “ comme dans les séries précédentes, ont donné des résultats analo-  
 “ gues, à savoir la disparition du staphylocoque au bout de onze à  
 “ quatorze heures, celle du streptocoque au bout de six heures en  
 “ moyenne.

“ De ces expériences, Kronig tire les conclusions suivantes :

“ 1o Le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales chez les  
 “ femmes enceintes est le même quand elles renferment des bacilles  
 “ ou des microcoques.

“ 2o Le pouvoir bactéricide varie avec l'espèce microbienne intro-  
 “ duite dans le vagin : les streptocoques sont tués le plus rapide-  
 “ ment ; viennent ensuite les staphylocoques et en dernier lieu les  
 “ bacilles pyocyaniques. Quand les micro-organismes pathogènes ou  
 “ non pénètrent dans le vagin, ils sont rapidement détruits et  
 “ l'organe redevient rapidement aseptique.

“ 3o Le vagin d'une femme doit être considéré comme aseptique  
 “ quand il s'est passé trois fois vingt-quatre heures après le dernier  
 “ toucher.

“ A quoi sont dues les propriétés bactéricides des sécrétions  
 “ vaginales ?

Kronig nous promet sur cette question un travail détaillée. Pour  
 “ le moment, il cite comme facteurs de ces propriétés : 1o la réaction  
 “ acide des sécrétions vaginales et les produits chimiques qu'elles  
 “ renferment peut-être ; 2o l'antagonisme entre les micro-organismes  
 “ normaux des sécrétions vaginales et ceux qui sont importés ; 3o la  
 “ phagocytose ; 4o l'absence d'oxygène. Aucun de ces facteurs ne  
 “ joue pourtant de rôle bien précis. Ainsi le degré d'acidité ne  
 “ paraît pas intervenir d'une façon marquée dans la destruction des  
 “ bactéries. L'antagonisme intermicrobien existe sans qu'on puisse  
 “ attribuer un rôle prépondérant à telle ou telle espèce de la flore  
 “ microbienne du vagin. La phagocytose est très nette dans  
 “ certains cas où l'on trouve des bacilles à l'intérieur des leucocytes ;  
 “ seulement on peut se demander si les leucocytes se sont emparés  
 “ de micro-organismes vivants ou morts. Quant à l'absence d'oxygène,  
 “ les expériences ont été faites avec des micro-organismes aérobies  
 “ facultatifs : l'oxygène n'intervient donc pas non plus d'une façon  
 “ très nette. Reste la question d'expulsion mécanique des bactéries  
 “ par les sécrétions qui s'écoulent hors du vagin. C'est peut-être le  
 “ facteur le plus important de l'espèce.

“ Que penser alors des injections vaginales antiseptiques ? Pour  
 “ répondre à cette question, Kronig a fait les expériences suivantes.  
 “ Des femmes enceintes, au nombre de 30, furent infectées dans le

“vagin avec des bacilles pyocyaniques, ou des staphylocoques ou des streptocoques, puis une heure après soumises à une injection vaginale de deux litres d'une solution de lysol. Les résultats furent les suivants. Dans aucun cas l'injection n'a fait diminuer le nombre de bacilles introduits dans le vagin : bien plus, après ces injections, les sécrétions ne redevinrent stériles qu'au bout de dix-neuf à trente-six heures en moyenne, c'est-à-dire bien plus longtemps qu'après la simple introduction des micro organismes dans le vagin. Autrement dit, les injections antiseptiques détruisent les propriétés bactéricides des sécrétions vaginales. Il en était de même quand les injections antiseptiques étaient faites avant l'infection vaginale.”

R R.

Ces conclusions seront-elles sanctionnées par l'expérience ? Des investigations plus variées, plus étendues nous l'apprendront, car c'est un sujet qui mérite l'attention de tous ceux qui s'occupent des maladies des femmes.

En attendant, il est bien permis de rappeler que l'accouchement est un acte physiologique et non un processus morbide.

Peut-on croire que la divine Providence qui a donné à l'utérus sa merveilleuse puissance de développement, d'expansion et de d'expulsion, qui a déterminé les lois de l'ingénieux mécanisme au moyen duquel l'enfant parcourt le canal courbe du bassin, règle les différentes phases de ce passage : flexion, engagement, rotation, déflexion de la tête avant de franchir “l'arc de triomphe sous lequel le roi et le navan doivent passer pour faire leur entrée en ce monde,” pour nous servir de l'expression de O. Holmes : peut-on croire que la Providence laisse son œuvre inachevée et confie au simple hasard le soin de fournir aux organes de la gestation les éléments propres à assurer leur retour à l'état normal ?

Si, comme le démontrent les expériences de Kronig, les sécrétions vaginales qui se produisent en grande abondance dans les derniers jours de la grossesse n'ont pas uniquement pour but de ramollir et lubrifier les parties molles mais encore de détruire ou entraîner les germes qui infectent le canal génital, ne peut-on pas logiquement supposer que les lochies, soit par leur action mécanique ou leurs propriétés chimiques, peuvent aussi mettre la parturiente à l'abri de l'infection ?

Comment expliquer les heureuses relevailles de tant de mères qui n'ont jamais eu dans leurs accouchements, d'autres secours que les lumières de sages-femmes dont les superstitions et les pratiques bizarres, et souvent la malpropreté, ne le cèdent pas à leur ignorance ? Est-il beaucoup de médecins, à la campagne du moins, qui n'aient eu maille à partir avec leurs aides mettant dans le lit de la patiente tout le linge sale de la maison sous prétexte que c'est *pour salir et que ça sauve le lavage* ? Et dix, douze enfants naissent dans ces conditions sans que la femme lie connaissance avec la métrite, la salpingite, etc. ? Et la fièvre puerpérale, la terrible septicémie, n'y

est pas plus fréquente que dans les quartiers aristocratiques des cités!

Loin de nous, l'idée d'insinuer que l'on allait mieux autrefois qu'aujourd'hui, et que l'art obstétrical a eu tort de donner dans le mouvement de progrès qui a ouvert une ère nouvelle à la médecine et à la chirurgie. Dieu merci, nous ne sommes plus au temps où Julien Clément, après avoir accouché la belle maîtresse de Louis XIV, M<sup>de</sup> de la Vallère, lui appliquait une peau d'agneau chaude et saignante, sur les parties génitales, et où un homme de l'intelligence d'Ambroise Paré enseignait d'appliquer le placenta ou une peau de lievre sur la vulve, pour protéger le canal génital du froid. Avec les ressources, les moyens aujourd'hui à sa disposition, l'accoucheur peut maîtriser les plus dangereuses complications de la puerpéralité et tenter, avec succès, ces opérations hardies qui faisaient le désespoir de nos devanciers.

Mais nous croyons que l'asepsie est suffisante dans les accouchements naturels et qu'un médecin propre, soigneux de sa personne, particulier sur la toilette à faire subir à ses mains et ses ongles avant tout examen, obtiendra d'aussi bons résultats que l'accoucheur pratiquant l'antisepsie dans tous ses minutieux détails! Si les expériences de Kronig reçoivent la sanction des bactériologistes, l'asepsie détrônera l'antisepsie, dans la clientèle privée, parce que les cliniques d'accouchement, à raison de leurs conditions hygiéniques spéciales, font exception à la règle.

Il va sans dire que dans l'accouchement instrumental, la version, la délivrance manuelle, etc., en un mot, chaque fois que l'accoucheur interviendra pour soutenir ou suppléer les forces de la nature, cette intervention constituant un fait anormal, il devra employer tous les moyens à sa disposition pour réparer les désordres, ou faire disparaître les traces d'infection dont cette intervention pourrait être la cause.

C'est alors que l'antisepsie reprends ses droits et que les injections vaginales prouvent leur efficacité,

St Ferdinand d Halifax, 10 mars 1895.

### Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète ou l'albuminurie.

Sous ce titre, le Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, vient de faire paraître dans les annales des maladies de l'oreille, etc., de Gonguenheim & Lermoyez (1) une étude intéressante dont nous donnons ci après une courte analyse.

Il existe deux sortes de manifestations pharyngées d'origine glycosurique ou albuminurique: une forme hyperémique avec catarrha plus ou moins marqué, une forme sèche.

La forme hyperémique précéderait la forme sèche et en serait le premier stade.

(1) Février 1895.

Dans la forme sèche, décrite le premier par Joal, la muqueuse est d'une coloration peu accentuée, souvent grisâtre : sa surface est tantôt lisse, unie, chagrinée, rugueuse granuleuse, ridée, sillonnée longitudinalement ; elle est parfois parcourue par de petits vaisseaux formant des réseaux, des lacis ; ces capillaires autrefois dilatés ont subi un travail atrophique. La membrane a un aspect tantôt mat terne, tantôt luisant, vernissé. L'inflammation peut s'étendre jusqu'aux cordes vocales inférieures. Mais en somme, l'origine sèche des glycosuriques ne diffère en rien des origines sèches provenant d'autres maladies.

L'examen des urines peut seul trancher la question. " Il n'en est pas de même de la forme hypertrophique chronique, cette dernière, par ses caractères propres impose immédiatement l'examen des urines qui fera découvrir soit du sucre ou de l'albumine.

Voici à quels caractères on peut la reconnaître : " Le premier trouble ressenti est une sensation de gêne dans la gorge au niveau du pharynx, une sorte de tiraillement, un embarras léger dans la déglutition de la salive de l'empatement vers la base de la langue. Si l'on examine alors la cavité buccale, on aperçoit une congestion assez marquée de toute la muqueuse pharyngée, de celle des piliers et du voile du palais. La muqueuse est en outre assez tuméfiée parfois pour rendre difficile l'introduction du miroir laryngien.

Ces maladies présentent d'ailleurs la plupart des reflexes excessivement exagérés, la muqueuse paraît d'une sensibilité excessive, elle est également assez fréquemment revêtue d'une couche de mucus plus ou moins abondant et visqueux. La voix est un peu voilée à cause de l'hypémie des cordes vocales."

Il ne paraît actuellement exister aucune ligne de démarcation entre l'hypémie liée au diabète et celle qui est liée à l'albuminurie. Sur 21 cas observés par Garel et offrant les symptômes ci-dessus indiqués, 10 étaient liés au diabète et les 11 autres à l'albuminurie. Sur ce chiffre, 3 malades avaient simultanément ou alternativement du sucre et de l'albumine

Les cas de glycosurie étaient âgés de 40 à 50 ans. les cas d'albuminurie s'échelonnaient entre 28 et 75 ans.

Parmi les autres symptômes observés, l'auteur signale une tendance marquée à la bronchite chronique et à l'obésité. Plusieurs des albuminuriques étaient alcooliques, quatre des brightiques avaient eu des épistaxis. Ces signes extérieurs, joints à l'hypémie doivent engager à faire l'examen des urines.

La quantité du sucre ou de l'albumine trouvée dans ces cas n'a pas paru être en rapport avec l'intensité de l'hypémie du pharynx. Quoiqu'il en soit cette pharyngite est d'après l'auteur presque pathognomonique et peut permettre de décider prématurément une affection générale dont les autres symptômes auraient pu rester cachés pendant longtemps.

## MÉDECINE.

**L'ivrogne et ses traitements.** — Je ne traiterai ce sujet que d'une manière générale, mon seul but étant d'en développer quelques points pratiques seulement.

Webster définit l'ivrogne "celui qui habituellement boit à l'excès." Pour Billings, "l'ivrognerie est un désordre mental et physique temporaire provenant de l'ingestion d'alcool." Mais comme l'ivresse est produite par plusieurs médicaments, tels que l'opium, la cocaïne, le chloral, etc., les définitions ci-dessus mentionnées sont incomplètes et devraient être formulées de manière à inclure toute substance toxique. En effet, il y a plusieurs espèces d'ivrognes et plusieurs degrés d'ivresse. La cause primaire de l'ivresse, confirmée ou ébriété, telle que quelques uns préfèrent l'appeler, est l'acquisition d'une habitude. L'habitude survient soit lentement, soit rapidement, suivant l'énergie et l'entourage de l'individu et peut s'acquiescer volontairement ou involontairement. Les appétits et les organes déréglés sont le résultat de l'habitude. L'habitude est distincte de la condition physiologique et la précède toujours. La perversion morale ou l'aveuglement est la base de l'habitude, et les conditions pathologiques ne sont que des symptômes qui en indiquent les degrés. Ces conditions peuvent être traitées par des médicaments mais seuls, ils ne feront pas disparaître l'habitude. L'hérédité n'entraîne pas avec elle l'habitude, cependant elle y prédispose grandement le sujet. L'hérédité ne lègue que l'aptitude et non l'appétit et certes il est heureux qu'il en soit ainsi.

Plusieurs médecins distingués ont, ces années dernières, soutenu énergiquement que l'habitude dans l'ivrognerie n'était qu'une simple maladie, la classant parmi les névroses, et le charlatan, pour son avantage financier a exploité ces théories et ruiné plus d'un patient.

Quand une habitude est rompue à l'aide de médicaments, il y a ce que l'on appelle une "cure". Mais la majorité de ces cures récidive, la date de la rechute dépendant de l'agent intoxicant d'abord employé, et du tempérament, de la condition physique et de l'entourage du sujet. Cure et rechute se succèdent avec une fréquence toujours croissante quand la thérapeutique est seule à vouloir effectuer une cure.

Le prédicateur dit que cette habitude est un péché, reconnaît rarement les conditions pathologiques et n'estime presque jamais à leur juste valeur les excellents services rendus par les médicaments. Il cherche à faire accepter comme remède l'évangile seulement, et, lui aussi, a plus d'un insuccès, car il ne peut surmonter la "faiblesse de la chair."

Tous deux, médecins et prédicateurs ont raison chacun à leur point de vue, pas tout-à-fait cependant, car c'est entre les deux opinions qu'il faut chercher la vérité. Le médecin n'a étudié que les résultats: le prédicateur n'en a vue que la cause. Le médecin prescrit dans un but physique et moral; le prédicateur dans un but moral et spirituel. Le médecin traite symptomatiquement, le prédicateur radicalement. Si nous combinons l'opinion et du médecin et du prédicateur, nous avons alors un diagnostic complet. Combinons le traitement des deux et nous avons une cure complète; car c'est au moral qu'il faut d'abord s'attaquer, le traitement médical devant être secondaire mais actif.

Ceci étant dit sur l'ivrogne lui-même, examinons ensemble quelques-uns de ses traitements.

Vous avez tous prescrit contre cette habitude. Vous avez essayé le quinquina rouge, les bromures, les différents sels et combinaisons d'or, la strychnine par la bouche ou par la voie hypodermique et beaucoup d'autres. A l'aide de ces derniers et avec le tact à soustraire la liqueur enivrante, vous avez constaté, comme moi, qu'il était comparativement facile à l'ivrogne de rompre avec son habitude, mais rarement d'une manière permanente. Quoique la chaîne en soit brisée, les chaînons lui en restent encore. Vous avez remarqué quelles difficultés il avait à briser cette chaîne. D'un autre côté, n'avez-vous pas remarqué avec quelle facilité il en rassemblait les chaînons? Ce point est rarement reconnu et bien observé, excepté de ceux qui en ont une expérience personnelle. Le traitement moral est entièrement négligé ou d'un faible secours. Cependant ceci vaut mieux que les fausses promesses.

Le légendaire bichlorure d'or a peut-être été le sujet de vos recherches. Vous l'avez analysé: vous n'y avez trouvé que des drogues bien connues, et qu'une trace d'or, si toute fois il y en avait. Peut être qu'un de vos anciens clients a subi ce traitement et est aujourd'hui une preuve de quelque puissance mystérieuse, car maintenant c'est un homme sobre industriel. Avez-vous étudié le mode d'administration, aussi bien que les médicaments administrés? Avez-vous également observé le traitement moral et le traitement physique? Eussiez-vous agi de la sorte que vous auriez découvert que l'effet moral des promesses, l'entourage et les méthodes expliquent grandement les résultats obtenus. Pour rendre ce point plus clair, j'emprunte ce qui suit à un article du Dr C. F. Chapman, (Medical Record, février 1893). Voici ce qu'il dit:

« Résolu d'apprendre quelque chose de certain concernant le sujet, j'obtins au commencement du printemps dernier, une position de médecin dans un "Gold-cure Sanatorium". Comme j'ai eu une expérience personnelle, ayant traité 300 cas environ, je crois que les quelques remarques que je pourrai vous en faire, vous intéresseront. D'abord, je suis en état de vous donner la formule du traitement



d'or, qui est le même dans la plupart de ces institutions, sinon partout.

No 1 Tonique, connu sous le nom de "DOPE" :

Aurii et Sodii chlorid . . . . .	XII grs.
Strych. Nit . . . . .	1 gr.
Atropia Sulph. . . . .	1 gr.
Ammonii Muriat . . . . .	VI grs.
Alorn. . . . .	1 gr.
Hydrastin . . . . .	II grs.
Glycerinæ . . . . .	I drach.
F. E. Cinch. Co . . . . .	III drach.
F. E. Cocoa erythrox } à à	1 drach.
Aqua . . . . .	

M. Sig. 1 drach. toutes les deux heures.

No 2. Injection, connue sous le nom de "SHOT" :

Strych. nit . . . . .	9.1 gr.
Aq. dist. . . . .	IV drach.
Potas. permangan . . . . .	qs pour colorer.

M. Sig. Commencer par cinq gouttes ce qui égale 1/40 gr. de strychnine et augmenter d'une goutte à chaque injection jusqu'à production de l'effet physiologique. Quatre injections hypodermiques à donner tous les jours à 8 hrs A. M., 12 hrs A. M., 4 hrs et 8 hrs P. M.

No 3. Employé avec le No 2.

Aurii et Sodii chlorid. . . . .	IIss grs
Aqua dist . . . . .	I drach

M. Sig. Trois gouttes toutes les quatre heures combinées à la solution de strychnine pour les premiers quatre jours.

Cette dernière prescription n'est donnée que pour l'effet moral, que l'on produit de la manière suivante : "On prend cinq gouttes d'une solution de strychnine dans une seringue, puis on ajoute cinq gouttes d'une solution d'or et l'on mêle. Il en résulte une coloration jaune or, qui attire l'attention du patient. De plus ce dernier s'assurera plus tard de la réalité de la présence d'or par la tache laissée sur la peau après que l'aiguille hypodermique aura été enlevée. Un profond dégoût, est dans la plupart des cas, sinon dans tous, provoqué, de la manière suivante : Le patient reçoit un verre de whisky, puis la soi-disante solution de bichlorure d'or (en réalité une solution de strychnine) lui est injectée, dans le bras, mais en même temps, sans qu'il le sache, il reçoit un dixième (1/10) de grain d'apomorphine. L'émétique prend un espace de temps comparativement court à produire ses effets. Et alors le patient reconnaît la puissance magique de la fictive composition et se soumet sans conditions. De sceptique railleur, il est devenu un disciple et un défenseur du prophète."—*Gaillards Medical Journal*.

(A suivre.)

**Des inflammations pulmonaires donnant lieu à de l'induration.**— M. A. FRANKEL a étudié au point de vue anatomique et clinique les inflammations pulmonaires terminées par induration.

Le plus souvent, les inflammations aiguës et subaiguës du poumon sont superficielles, c'est à-dire que les produits inflammatoires sont simplement déposés dans les alvéoles, et ils sont passagers. Il y a quelques exceptions à cette règle : ces inflammations peuvent se terminer par induration, et la pneumonie terminée de cette façon mérite d'être cliniquement connue, car elle peut donner aisément lieu à des erreurs de diagnostic.

Certains auteurs ont nié la terminaison de la pneumonie par induration ; c'est à tort, car si elle est rare (à peine une fois sur cent), elle n'en existe pas moins. Au point de vue anatomo-pathologique, voici ce qu'on constate : tandis que pour la pneumonie fibrineuse habituelle la coupe du poumon est granuleuse et constituée par un tissu friable, dans la pneumonie indurée la surface est lisse et le tissu résistant : parfois la surface de section a une transparence particulière, et on y voit des mouchetures jaunâtres caractéristiques, dues à des amas de cellules devenues graisseuses.

Au microscope, dans les alvéoles on trouve du tissu conjonctif qui, sous forme de bouchons, les remplit ; ces bouchons, partant des cloisons à la façon de polypes, contiennent des vaisseaux et rappellent par leur structure le processus de l'organisation des thrombus. D'après les recherches de M. Kohn, les pédicules, qui semblent s'intéresser sur les parois alvéolaires, en réalité les traversent pour unir entre eux les bouchons conjonctifs de diverses alvéoles. D'ailleurs, d'après cet auteur, la fibrine de la pneumonie commune n'est pas simplement déposée dans les alvéoles, mais elle en traverse les parois pour former un réseau à travers toute la masse enflammée.

Les symptômes cliniques de l'induration pulmonaire métapneumonique sont : la continuation de la fièvre, la persistance de la matité et la rétraction progressive de la paroi thoracique.

Quand on observe ces symptômes, on pense en général à la formation d'un abcès du poumon ou d'un empyème. Il faut encore songer à la possibilité d'une pneumonie indurée, qu'il ne faut pas confondre avec une résolution lente : dans la résolution lente, la matité persiste, mais non la fièvre.

La fièvre de l'induration pulmonaire est atypique : elle persiste pendant des semaines, et même, à la suite de la broncho-pneumonie, pendant des mois, pour disparaître progressivement. La matité subsiste et ne s'atténue guère. Le souffle diminue, devient plus doux, et les râles crépitants deviennent plus gros et plus rares. Enfin survient la rétraction du thorax.

La durée du processus est variable : M. Frankel a observé deux cas terminés par la mort le seizième et le vingtième jour : à l'autopsie, on a trouvé une induration pulmonaire déjà complète. Ces deux

cas étaient ceux de jeunes individus, ce qui montre que l'induration pulmonaire ne s'observe pas qu'à un âge assez avancé. Ce qui l'a fait croire, c'est que chez les gens âgés, elle se termine plus souvent par la mort, ce qui en rend chez eux la constatation anatomique plus fréquente.

M. A. Frankel ne cherche pas les causes de cette terminaison rare de la pneumonie dans une irritation mécanique, dans une déviation de fonctions des voies lymphatiques, de résorption de l'exsudat, comme ont voulu le faire divers auteurs. S'il en était ainsi, on aurait de l'induration toutes les fois que la résolution est retardée. Il invoque donc une autre cause, qu'il croit être de nature bactérienne.

L'induration inflammatoire du poumon ne s'observe pas qu'à la suite de la pneumonie fibrineuse. Elle est plus fréquente encore après la broncho-pneumonie, comme on le voit souvent chez les enfants. On l'observe aussi à la suite de la pneumonie grippale; dans ces cas, lorsqu'il persiste de la fièvre, on peut craindre qu'il ne s'agisse de tuberculose; mais ce doute peut être levé par l'examen bactériologique de l'expectoration.

La même terminaison a été vue à la suite des pneumonies par aspiration d'aliments. Enfin l'induration pulmonaire est un aboutissant peu fréquent de la pneumonie caséuse aiguë ou subaiguë, ainsi que Frankel en a vu deux exemples.

Il est d'un grand intérêt pratique de pouvoir établir le diagnostic différentiel entre l'induration pulmonaire et un exsudat pleurétique limité, surtout quand ce dernier est interlobulaire et souvent peu accessible à la ponction exploratrice. On se basera en pareil cas sur les tentatives répétées de ponction au point d'élection et sur l'existence ou l'absence d'un déplacement de la pointe du cœur.

Le pronostic des pneumonies indurées est très variable. C'est ce que l'on peut espérer de meilleur après les pneumonies caséuses ou par aspiration alimentaire, mais c'est une terminaison peu favorable des pneumonies lobaires et lobulaires. — *Bulletin médical.*

**Des aphasies (1).**—Le lobule pariétal inférieur, avec le pli courbe et le lobe occipital, peuvent être des lieux de passage pour les impressions allant du centre visuel aux centres de l'idéation. Ces régions ne représentent pas un centre.

L'existence des centres affectés aux mémoires sensorielles à côté des centres sensoriels, ou plus loin dans la sphère psychique, n'est pas démontrée. Il n'est pas nécessaire pour l'explication des faits que les souvenirs sensoriels et autres soient localisés comme des empreintes dans certains groupes de cellules. La spécificité de chaque représentation mentale peut être due, non à une localisation.

cellulaire, mais à une spécialité de l'impression qui l'a créée. Les mêmes cellules cérébrales pourraient donner lieu à des perceptions sensorielles, visuelles, auditives, gustatives et autres, variables suivant chaque impression particulière qui s'y répercute et leur imprime une modalité moléculaire spécifique.

À côté des symptômes aphasie motrice, agraphie motrice, cécité et surdité des mots, il faut conserver l'aphasie amnésique et l'agraphie amnésique, dues, non à la perte de l'image vocale ou graphique des mots, mais à la difficulté de les évoquer. Ces images existent, mais la volonté peut difficilement ou ne peut pas les réveiller.

La conductibilité joue le plus grand rôle dans le mécanisme des aphasies. L'idée ne conduit pas à l'image acoustique ou visuelle du mot : aphasie ou agraphie amnésique. — L'image acoustique du mot n'actionne plus les autres images souvenirs : surdité verbale. — L'image graphique et les images visuelles en général n'actionnent plus les autres images sensorielles : cécité psychique. La parole intérieure n'actionne plus les cellules motrices, phonétiques : aphasie motrice. Elle n'actionne plus les cellules motrices graphiques : agraphie motrice.

Les diverses voies de conductibilité peuvent être affectées organiquement, par lésion directe, ou dynamiquement, par lésions de voisinage, choc cérébral, affaiblissement fonctionnel sénile.

M. BRISSAUD fait remarquer que l'étude des paralysies pseudo-bulbaires montre bien que l'aphasie sous-corticale produite par les lésions des faisceaux de projection antérieurs n'est pas une aphasie vraie, mais une variété d'anarthrie. Les paralysies pseudo-bulbaires dépendent des altérations destructives des fibres capsulaires antérieures, depuis la bulbe jusqu'à l'écorce. Les lésions centro-ovales bilatérales donnent donc lieu, si les faisceaux d'Arnold renfermant les fibres capsulaires antérieures sont intéressés, à des paralysies pseudo-bulbaires plus ou moins complète simulant l'aphasie. M. Brissaud regarde la faculté d'épeler comme étant purement motrice ; l'acte d'épeler est l'évolution d'une image motrice et non d'une image visuelle. On lit un mot au tableau beaucoup moins vite qu'on ne l'épèle de mémoire. L'acte d'épeler n'implique pas l'intégrité des centres de la mémoire verbale visuelle : en épelant on n'extériorise par une image sensorielle, et la faculté d'épeler est une faculté acquise exclusivement motrice.

M. MOUSSKET a rapporté un cas d'*aphasie pneumonique passagère* observé chez un jeune homme de 25 ans ; l'aphasie motrice se produisit le septième jour de la maladie et ne dura que deux heures. L'hystérie, l'athérome pouvant être éliminés, il est probable qu'il s'agissait de troubles vaso-moteurs entraînant le rétrécissement de l'artère sylvienne et de ses branches ; ces troubles dépendaient des toxines microbiennes.

M. DUPRÉ range parmi les *aphasies toxiques* celles qui se produi-

sent dans le cours des auto-intoxications, aphasie urémique par exemple. Chez un enfant de 9 ans atteint d'anasarque consécutif à la scarlatine, M. Dupré a vu une aphasie motrice complète avec aphasie incomplète et parésic du membre supérieur droit se produire après une anurie de vingt-quatre heures; les accidents durèrent deux jours et cédèrent après le rétablissement de la sécrétion urinaire. Une aphasie momentanée fut observée aussi chez un vieillard atteint d'atrophie rénale et présentant un accès d'urémie. L'aphasie urémique est passagère, intermittente, variable et bénigne.

M. BEUGÉ a insisté sur la nécessité de dissocier le centre classique de la parole. Ce dernier ne répond qu'à l'articulation des mots proprement dite. Or, la parole exige encore pour se produire un courant rythmé et méthodique produit par les organes respiratoires et la modulation de la voix par le larynx. Il y a donc un centre laryngé et un centre dirigeant le fonctionnement des organes respiratoires en tant que participant à la production de la voix. Du reste, il se produit cliniquement des aphasies dissociées dans lesquelles l'aphasique conserve, par exemple, l'intonation et le rythme de la parole tout en ne pouvant articuler les mots: d'autre part, comme dans l'aphasie hystérique, le trouble peut ne porter que sur l'intonation. Enfin, lorsque le malade n'a conservé que le rythme du mot, M. Beugé n'admet pas une lésion sous-corticale respectant le centre de Broca et empêchant l'extériorisation de l'usage motrice verbale, mais une lésion d'un centre spécial.—*Union médicale de Paris.*

**Instruction concernant les soins à donner aux foudroyés et aux victimes des accidents électriques.** — Ces accidents sont devenus si fréquents que le ministre des travaux publics a demandé à l'Académie une instruction essentiellement pratique pour tous ceux qui peuvent avoir à l'utiliser. La voici telle qu'elle a été rédigée par M. Gariel :

On transportera d'abord la victime dans un local aéré où on ne conservera qu'un petit nombre d'aides, trois ou quatre, toutes les autres personnes étant écartées.

On desserrera les vêtements et on s'efforcera, le plus rapidement possible, à rétablir la respiration et la circulation.

Pour rétablir la respiration, on peut avoir recours principalement aux deux moyens suivants: la traction rythmée de la langue, et la respiration artificielle.

1o *Méthode de la traction rythmée de la langue.*

Ouvrir la bouche de la victime, et si les dents sont serrées, les écarter, en forçant avec les doigts ou avec un corps résistant quelconque, morceau de bois, manche de couteau, dos de cuiller ou de fourchette, extrémité d'une canne. . .

Saisir solidement la partie antérieure de la langue entre le pouce et l'index de la main droite, nus, ou revêtus d'un linge quelconque, d'un mouchoir de poche, par exemple (pour empêcher le glissement), et exercer sur elle de fortes tractions répétées, successives, cadencées ou rythmées, suivies de relâchement en imitant les mouvements rythmés de la respiration elle-même au nombre d'au moins vingt par minutes.

Les tractions linguales doivent être pratiquées sans retard et avec persistance durant une demi-heure, une heure et plus.

#### 20 *Méthode de la respiration artificielle.*

Coucher la victime sur le dos, les épaules légèrement soulevées, la bouche ouverte, la langue bien dégagée.

Saisir les bras à la hauteur des coudes, les appuyer assez fortement sur les parois de la poitrine, puis les écarter et les porter au-dessus de la tête, en décrivant un arc de cercle; les ramener ensuite à leur position primitive, en pressant sur les parois de la poitrine.

Répéter ces mouvements environ vingt fois par minute, en continuant jusqu'au rétablissement de la respiration naturelle.

Il conviendra de commencer toujours par la méthode de la traction de la langue, en appliquant en même temps, s'il est possible, la méthode de la respiration artificielle.

D'autre part, il conviendra concurremment de chercher à ramener la circulation en frictionnant la surface du corps; en flagellant le tronc avec les mains ou avec des serviettes mouillées; en jetant de temps en temps de l'eau froide sur la figure: en faisant respirer de l'ammoniaque ou du vinaigre.

#### Céphalée des diabétiques et des néphrétiques.

P.—Poudre de feuilles de digitale.....	2 grammes
Antipyrine.....	20 “
Caféine.....	8 “
Benzoate de soude.....	4 “
Chlorhydrate de cocaïne.....	} à 1 gramme.
Poudre d'opium.....	
Ecorce pulvérisée de quinquina.....	} à p. f. pilules No 100.
Glycérine.....	

M.—A prendre une à cinq pilules par jour.—*Médecine moderne.*

#### Céphalalgie de l'anémie.—Prof. H. A. HARE.

P.—Acide salicylique.....	30 grains.
Pyrophosphate de fer.....	5 “
Phosphate de soude.....	1 grain.
Eau distillée.....	3 onces fl.

M.—*Dose*: Toute cette dose à prendre toutes les trois heures.

## CHIRURGIE

Sur un cas de contusion abdominale avec perforation intestinale consécutive. Mort par péritonite, par André LAPOINTE, interne des hôpitaux, à l'hôpital de la Pitié.—Nous venons d'avoir l'occasion d'observer dans le service de notre maître M. Reclus, suppléé par M. Rochard, un cas de contusion abdominale avec perforation secondaire du gros intestin, suivie de mort par péritonite généralisée.

La conduite à tenir dans les faits de ce genre paraît actuellement assez précise. Lorsque les symptômes primitifs ne démontrent pas la rupture immédiate de l'intestin, ou une hémorrhagie interne grave, le chirurgien ne doit intervenir qu'à l'apparition des premiers signes, des *signes précurseurs* de l'infection péritoneale : il faut pour ainsi dire lutter de vitesse avec la péritonite. Rien n'est plus logique, mais la difficulté consiste précisément à dépister ces signes précurseurs et à saisir avec précision le moment opportun de l'intervention.

Notre malade, Auguste P..., journalier, était âgé de 65 ans. Le vendredi 14 septembre vers midi, il est renversé par une voiture de laitier dont une des roues lui passe obliquement sur le ventre, de droite à gauche et de bas en haut. On le relève et on l'amène immédiatement à l'hôpital.

L'interne de garde ne constate aucun phénomène inquiétant, à peine un léger état de shock : la figure est un peu pâle, mais le blessé a toute sa connaissance, son pouls est plein et régulier.

Six heures après l'accident, l'état du malade ne s'est nullement aggravé ; il raconte très bien ce qui lui est arrivé et montre avec précision les points où la roue l'a touché. Il se plaint seulement de légère douleur dans le ventre, augmentée par la pression de la main, surtout au niveau de l'hypochondre gauche.

Aucune lésion apparente sur la paroi abdominale : deux taches ecchymotiques peu étendues à peu près symétriquement placées aux deux régions trochantériennes : léger ballonnement du ventre qu'on attribue au shock péritonéal : pas de sensation de flot. Absence complète de vomissement et d'envie de vomir. Le malade dit avoir rendu des gaz par l'anus depuis l'accident. Le pouls est normal, à 75. Température : 37.3.

On prescrit la diète lactée, 10 centigrammes d'extrait thébaïque et de la glace sur le ventre.

Le lendemain matin, aucun changement notable.

Il y a toujours la douleur sous le rebord costal gauche : la paroi abdominale se contracte assez vivement quand on palpe à ce niveau et ne permet pas une exploration profonde. Ballonnement un peu

plus marqué ; mais pas de vomissement : pouls et température normaux. On continue le traitement médical prescrit la veille.

Le soir : rien de particulier : température : 37.4.

15 septembre : le ballonnement est un peu plus marqué : c'est la seule modification qui se soit produite. Le facies reste bon ; le pouls régulier, n'a pas faibli : température : 37.2. Opium et glace.

A 4 heures après midi, le malade est toujours dans le même état. Mais il s'aggrave assez vite à partir de 6 heures : le facies s'altère, le ballonnement augmente rapidement, il survient de la dyspnée. Température : 37.5. A 9 heures et demie vomissement verdâtre.

Malgré ces signes inquiétants, on ne prévient pas le chirurgien de garde et le lendemain matin, à la visite, on constate une péritonite en pleine évolution : le facies est pâle, les yeux excavés : le pouls est irrégulier et filiforme, à 115' : la dyspnée est intense, le ballonnement considérable. Il ne s'est pas produit de nouveau vomissement, mais il y a des crachats verdâtres qui se font sans effort. Température : 37.8.

Mort à 1 heures de l'après-midi dans le collapsus.

Autopsie.—Abdomen très distendu. La paroi présente sur le flanc et l'hypogastre gauches deux taches d'infiltration sanguine qui n'existaient pas pendant la vie. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un flot de sang noirâtre mélangé à quelques caillots. Le petit bassin est rempli de sang liquide.

Les anses intestinales sont très distendues, très vascularisées à leur surface : celle-ci est encore lisse et ne présente aucune trace d'exsudat.

En dévidant l'intestin, on découvre une masse de caillots dans le flanc gauche, tout autour du colon descendant ; après avoir enlevé ces caillots, on constate que le mésocolon est déchiré près de son bord adhérent et que ses deux feuillets sont infiltrés de sang. A ce niveau, 15 centimètres environ au-dessous de l'angle colique gauche, le colon est sphacélé dans toute sa circonférence et sur une hauteur de trois travers de doigt environ. Sur son bord libre, cette partie sphacélée présente une perforation ovale à grand axe suivant celui de l'intestin, longue de 2 centimètres, et livrant un passage facile aux matières.

L'autopsie nous a révélé l'existence :

1<sup>o</sup> D'une péritonite généralisée, encore peu avancée dans son évolution :

2<sup>o</sup> D'une déchirure du mésocolon avec rupture vasculaire dans le territoire des coliques gauches :

3<sup>o</sup> Sphacèle cylindrique et perforation du colon descendant.

Ces lésions ont pu s'enchaîner de la façon suivante : déchirure du mésocolon et rupture vasculaire ; sphacèle d'une portion cylindrique de l'intestin par ischémie peut-être autant que par contusion ; perforation consécutive à ce sphacèle, survenue donc à un moment éloigné du traumatisme.



Un premier fait mérite d'abord d'être relevé : l'autopsie nous a révélé la présence de douze à quinze cents grammes de sang dans la cavité péritonéale, et nous n'avons constaté à aucun moment avant la mort les signes ordinaires des hémorragies internes : aucun symptôme local, aucune modification de l'état général ne pouvait pousser, dans les moments qui suivirent le traumatisme, à une intervention contre cette hémorrhagie.

L'augmentation légère du ballonnement du ventre constatée le deuxième jour, devait-elle nous faire abandonner le traitement médical ? Constituait-elle le cortège des signes précurseurs de la péritonite ? Notons qu'il n'y avait aucun changement du pouls et de la température ; le malade n'avait ni nausées ni vomissements : le facies restait bon. D'ailleurs, l'autopsie nous l'a démontré, la péritonite ne pouvait exister à ce moment, l'anse en voie de sphacèle n'avait pas eu le temps de se rompre.

La péritonite ne devint évidente qu'à l'apparition du vomissement, cinquante six heures après l'accident, et il ne pouvait alors rester aucun doute sur l'urgence de la laparotomie. Mais n'aurait-il pas été possible d'intervenir plus tôt encore ? Les signes précurseurs n'étaient-ils pas l'augmentation rapide du ballonnement du ventre, la transformation du facies, l'apparition de la dyspnée, constatés dans la soirée quatre heures plus tôt que le vomissement ? Nous n'avons pas vu le malade à ce moment, et il y a lieu de se demander si ces signes auraient suffi à décider l'intervention, si on n'avait pas attendu l'apparition du vomissement. Péritonisme ou péritonite, voilà le problème qu'il fallait résoudre : peut-être n'était-ce pas impossible.

L'augmentation rapide du ballonnement survenant après cinquante deux heures n'était guère en faveur du simple péritonisme : le shock péritonéal en effet et le ballonnement qu'il provoqua, s'atténuent à mesure que le moment de l'accident s'éloigne. Ce fut l'inverse dans notre cas. Aussi nous semble-t-il que si le ballonnement du ventre ne suffit pas pour distinguer péritonisme et péritonite, on devra prendre en grande considération sa persistance et surtout son augmentation pour établir le diagnostic différentiel.

Malheureusement, aucun chirurgien ne fut appelé auprès de notre malade. Le lendemain, M. Rochard eut à discuter l'utilité d'une intervention. Mais l'infection péritonéale datait de quinze heures au moins et la laparotomie avait, de ce fait, bien des chances de grossir le nombre des interventions inutiles, faites à période aussi éloignée de l'apparition des premiers symptômes. Et surtout, le malade était si faible (pouls petit et irrégulier, refroidissement des extrémités) qu'il paraissait hors d'état de supporter une opération qui aurait été longue et difficile, ainsi que l'autopsie l'a montré. L'abstention parut donc plus sage. Le malade mourut, du reste, cinq heures après la visite.

En résumé, cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue :

- 1o Production d'une hémorrhagie intrapéritonéale assez abondante sans qu'aucun signe clinique vint la révéler ;
- 2o Difficulté de dépister les signes précurseurs de la péritonite, et importance des caractères du ballonnement abdominal, comme signe différentiel entre le péritonisme et la péritonite ;
- 3o Elle démontre une fois de plus la nécessité d'intervenir le plus rapidement possible dans les cas de péritonite par perforation.

**Fistule uréthro-périnéale d'origine blennorrhagique. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.**—M. le professeur DUPLAY. (Leçon recueillie par M. GERVAIS DE ROUVILLE, interne du service.)

Messieurs.—Je désire aujourd'hui appeler votre attention sur un de nos malades de la salle Saint-Landry, qui présente une complication peu commune de la blennorrhagie, terminée d'une façon peu commune.

Cet homme, âgé de 38 ans, exerce la profession de manœuvre. Ni tuberculeux, ni syphilitique, il a toujours joui d'une santé parfaite.

Il y a quatre ans, il a été atteint pour la première fois d'une blennorrhagie : à la suite d'injections intra uréthrales de natures variées, et de l'usage prolongé pendant trois mois de copahu et de cubèbe, l'écoulement a disparu. Le malade en avait complètement perdu le souvenir ; il urinait facilement et sans douleur, lorsqu'il y a trois mois, il contracte une deuxième blennorrhagie. Celle-ci durait depuis un mois, lorsque le malade ressentit une douleur vive au niveau du périnée, sur le côté latéral gauche du raphé périnéal. A ce niveau, se produisit rapidement un gonflement, une tuméfaction en forme de bille ; les douleurs devinrent lancinantes, la peau rougit, devient adhérente, s'amincit ; la tuméfaction s'abcède et un liquide purulent s'écoule par l'ouverture ainsi produite. Le malade se sent dès lors immédiatement soulagé, la sensation de tension périnéale, les douleurs lancinantes disparaissent, et, à partir de ce jour, il remarque qu'au moment des mictions ses urines se divisent en deux jets : un jet suit la voie normale et sort par le méat, l'autre sort par la fistule périnéale ; ce dernier jet est filiforme. Comptant sur une guérison spontanée, et n'éprouvant plus aucune souffrance, le malade continue à vaquer à ses occupations comme si de rien n'était. Mais, au bout d'un mois, ne constatant aucun changement dans son état, il se décide à entrer à l'hôpital.

Voici alors ce qu'il nous est permis de constater : le malade est en pleine blennorrhagie, l'écoulement est abondant et caractéristique : il existe, dans la région périnéale, une tuméfaction latérale, allongée d'avant en arrière, et de dedans en dehors ; l'extrémité antérieure de cette tuméfaction répond à la région bulbaire de l'urèthre ; son extrémité postérieure regarde l'anus, dont elle reste distante de un

a deux centimètres, la peau est, à ce niveau, rouge, épaissie, et un peu douloureuse à la pression, la consistance de la tuméfaction est variable suivant les points; dure à la périphérie, elle est rénitente, fluctuante même vers son centre. Après tâtonnements, on parvient à faire pénétrer un petit stylet fin de tresse dans un petit orifice difficile à trouver. Une bougie n° 9, introduite par le méat dans l'urèthre, arrive au bulbe, et permet de constater à ce niveau l'existence d'un léger rétrécissement; si, en même temps on cathétérise la fistule périnéale, le stylet explorateur se dirige en avant et en dedans et arrive au contact de la bougie uréthrale: il existe donc, à n'en pas douter, une fistule uréthro-périnéale.

Les fistules faisant communiquer l'urèthre avec le périnée sont de constatation fréquente en clinique; elle reconnaissent le plus souvent pour cause la blennorrhagie.

En arrière d'un rétrécissement blennorrhagique, un abcès urineux s'est formé, dont la poche se rompt à l'extérieur; la fistule siège, dans ce cas, sur la ligne médiane du périnée; il en est de même des fistules consécutives à l'inflammation blennorrhagique des follicules uréthraux; la folliculite détermine la péri-folliculite et l'abcès péri-urétrale s'ouvre dans l'urèthre et à la peau; on observe ces fistules dans la région péniennne et sur la ligne médiane: le pus suit, dans sa marche vers l'extérieur, le chemin le plus court. Chez notre malade, l'évolution a été celle des abcès péri-urétraux; mais le siège de la douleur primitive de l'abcès et de la fistule consécutive est absolument différent. Quelle est donc la pathogénie de l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons? Le siège latéral de la tuméfaction, sa forme allongée dans le sens antéro-postérieur, sa direction parallèle au raphé médian du périnée, font immédiatement penser à l'inflammation d'une des glandes de Méry-Cooper, analogue aux glandes vulvo vaginales de la femme, dont le conduit excréteur s'ouvre au niveau et de chaque côté de la partie bulbair de l'urèthre. Au cours d'une blennorrhagie et par continuité d'infection microbienne, ces glandes s'enflamment: c'est la cowpérite, étudiée pour la première fois par Gubler, en 1849, et plus tard par Couillard dans sa thèse. Les caractères cliniques de l'inflammation d'une des glandes de Cowper sont: une tuméfaction latérale du périnée; la formation d'un phlegmon péri-glandulaire; la suppuration et l'ouverture spontanée de l'abcès à la peau du périnée et dans l'urèthre. L'existence du canal excréteur, isolé de la glande, pourrait bien donner la clé de cette ouverture spontanée; on voit très nettement, dans la bartholinite, le canal excréteur de la glande, très gros, donner issue au pus, à la manière d'une véritable fistule.

Comme toute fistule uréthrale, celle qui est consécutive à une cowpérite n'a aucune tendance à la guérison spontanée; on conçoit de plus la possibilité d'une infiltration urineuse, dans le cas où l'ouverture périnéale viendrait à se former.

Il faut donc traiter ces fistules. Le traitement préventif consiste à ouvrir l'abcès le plus tôt possible; J.-L. Petit donnait le conseil, afin de mettre sa responsabilité à couvert, de prévenir le malade, avant l'intervention, de la possibilité de l'écoulement de l'urine par l'incision périnéale.

Lorsque la fistule est constituée, c'est directement à elle que doit s'adresser le traitement. Après guérison de la blennorrhagie, on pourrait, à la rigueur, avoir recours à la sonde à demeure et à la cautérisation du trajet. Cette méthode thérapeutique échoue fréquemment.

Le mieux est de fendre le trajet jusqu'à l'urèthre; de disséquer en totalité la paroi du trajet fistuleux; on se trouve alors en présence d'une plaie cruentée, nette, que l'on réunit très exactement à l'aide de la suture enchevillée: la sonde à demeure est de rigueur. Si la chaudepisse est guérie et que le foyer soit aseptique, les chances de guérison sont grandes. Mais il faut bien savoir que ces fistulettes uréthrales sont beaucoup plus difficiles à guérir que les grandes pertes de substance.

V. B. — La ligne de conduite précédemment indiquée a été suivie. La guérison s'est rapidement produite.

Sur un procédé pratique permettant d'enlever avec facilité les appareils plâtrés, Dr L. GIGLI. — On sait combien est désagréable, pour le médecin aussi bien que pour le malade, la manœuvre pénible et malpropre qui consiste à enlever un appareil plâtré ou salicaté. Or, un confrère italien, M. le docteur L. Gigli, indique un procédé fort simple qui rend cette besogne on ne peut plus facile, et dans lequel on a recours, pour couper la couche de plâtre, à un fil d'acier à surface rugueuse (fil scie dont certains chirurgiens se servent avec avantage pour diviser les os). L'emploi de ce procédé est surtout commode lorsque l'appareil plâtré a été appliqué de façon à rendre facile l'introduction du fil d'acier sous la couche de plâtre.

Voici comment notre confrère conseille de procéder à cet effet :

Avant d'enrouler sur le membre la bande imprégnée de plâtre, on applique le bandage ouaté ordinaire, recouvert d'une couche de papier parcheminé préalablement mouillée puis bien exprimée, au-dessous de laquelle on dispose dans la direction suivant laquelle on sciera plus tard l'appareil, un gros fil ordinaire destiné à servir de guide au fil d'acier et enduit de vaseline pour l'empêcher d'adhérer, au niveau de ses points d'émergence, à la couche de plâtre. Ceci fait, on enroule la bande plâtrée en ayant soin de laisser libres les extrémités du fil-guide. On prend encore la précaution de nouer ensemble les deux bouts de ce fil et de recouvrir l'appareil, après solidification, d'une bande de tarlatane ordinaire.

Lorsqu'il s'agit de défaire l'appareil, on ôte la bande qui le recouvre, on dénoue le fil-guide, on attache à l'une de ses extrémités le

fil d'acier servant de scie, on introduit celui-ci sous la couche plâtrée en tirant sur le bout libre du fil guide, puis, après avoir fixé aux deux extrémités du fil d'acier les poignées d'une scie à chaîne ordinaire, il ne reste plus qu'à scier le plâtre. De cette façon on enlève l'appareil sans le moindre effort et presque instantanément. — *Ann. d'Orthopéd.*

**Stérilisation instantanée de l'ouate hydrophile.** — MM. *Lermoyez* et *Helme* indiquent dans la *Presse médicale* un procédé extrêmement pratique pour stériliser soi-même extemporanément les tampons et plumasseaux d'ouate hydrophile qu'on a à employer pour éponger ou tamponner les plaies ou les cavités naturelles.

Sans aucune précaution antiseptique, on prend un fragment d'ouate hydrophile quelconque, qu'on enroule à l'extrémité d'un tige porte-coton, suivant le procédé dont on a l'habitude. Pour rendre aseptique le plumasseau ainsi formé, on le plonge dans de l'alcool saturé d'acide borique, on l'en retire et on l'enflamme. L'alcool, en brûlant, flambe l'ouate et la stérilise, tandis que l'acide borique, dont les propriétés ignifuges sont connues prévient sa carbonisation. Cinq secondes suffisent : quand la flamme, d'abord incolore, prend une coloration vert vif on l'éteint. L'ouate demeure blanche, elle est sèche, à peine chaude, et conserve ses propriétés hydrophiles. Des ensemencements répétés ont montré aux auteurs que des porte-ouates ainsi flambés sont toujours stériles. Aussi le médecin de campagne, sans autre appareil qu'un flacon d'alcool borique, peut, avec le premier flacon d'ouate venu, fabriquer un tampon rigoureusement aseptique, sans aucune perte de temps. — *Concours Médical.*

**La cure radicale des hernies inguinales chez les enfants.** — Tout le monde connaît aujourd'hui les inestimables avantages de la cure radicale opératoire des hernies inguinales sur les bandages et autres appareils de contention. Chez l'adulte, les résultats de l'intervention chirurgicale sont le plus souvent parfaits, surtout quand on suit strictement les préceptes du maître Lucas Championnière.

Chez les enfants, l'opportunité d'une intervention sanglante a longtemps été discutée. M. le Dr. *Natanson* vient de montrer, dans sa thèse inaugurale, que la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant est une opération peu grave et presque toujours efficace.

Cependant, le principal instigateur de l'opération en France, Lucas Championnière, refuse de croire à cette efficacité :

« J'estime que chez les jeunes enfants, dans l'immense majorité des cas, la cure radicale de la hernie inguinale est inefficace, dangereuse, et peut-être remplacée par quelque chose de plus simple. »

Tel n'est pas l'avis de M. *Felizet* et de M. *Natanson*, qui affirment,

d'après un grand nombre d'observations, que la cure radicale chez l'enfant même très jeune, présente d'incontestables avantages sur le bandage, dont les inconvénients sont nombreux et les bienfaits souvent hypothétiques et toujours trop longs à obtenir.

Les différents temps de l'opération, bien et longuement décrits dans le livre de M. Félizet sont au nombre de six.

Premier temps : Incision de la peau.

Deuxième temps : Recherche du cordon.

Troisième temps : Dissection du cordon.

Quatrième temps : Recherche du sac.

Cinquième temps : Ouverture, décollement du sac et ligature du cœcet, excision du sac.

Sixième temps : Suture du trajet inguinal. Félizet administre toujours, même aux tout petits, le chloroforme.

La quantité de chloroforme qu'on dépense varie suivant l'âge :

Au-dessous de deux ans, 8 grammes au plus suffisent.

Entre deux et dix ans, 10 à 15 grammes.

Entre dix et quinze ans, ne dépasser jamais 20 grammes.

Le chloroforme agit très vite chez les jeunes enfants et en moins de deux minutes on peut commencer l'opération.

Les ligatures et sutures profondes sont faites au catgut ; la peau est suturée au crin de Florence. Un pansement sec iodoformé, sans drainage, bien occlusif et compressif est appliqué ensuite.

Un bandage ouaté, roulé en spica, bien assujéti, et comprenant le bassin et les deux aines, peut rester deux jours en place.

Les sutures sont enlevées au bout de six jours au plus tard. Un léger pansement occlusif est réappliqué, quelques jours après il est définitivement supprimé. Au bout de quinze jours ou trois semaines, l'enfant commence à se lever.

Quant au port consécutif du bandage, nous le déclarons inutile avec la plupart des chirurgiens. La hernie étant guérie radicalement, il n'a plus de raison d'être.

Pour M. Natanson, la seule contre-indication de la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant consiste dans un état général mauvais et une diathèse scrofuleuse notoire.—*Concours Médical.*

**Drainage abdominal chez l'homme.**—A propos d'une intéressante observation de lésions de l'intestin par coup de pied de cheval, M. FROELICH, dans le *Mercredi médical* du 13 mars, attribue à juste raison les accidents qui ont amené la mort au bout de trois semaines à l'infection provenant du mélange des matières fécales et du pus qui stagnaient dans la cavité pelvienne, et à ce propos, il propose le *drainage pelvien chez l'homme.*

C'est au point le plus déclive, c'est-à-dire sur le bord même du sacrum, entre le troisième et le quatrième trou sacré, plus près de ce dernier, audessus du petit ligament sacro-sciatique, qu'il faudra pratiquer l'ouverture.

Celle-ci peut être faite de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Dans le premier cas, l'opération ressemble à celle de Kraske. On introduit une sonde dans le rectum comme point de repère. On pratique une incision de 6 à 7 centimètres sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique. On sectionne les parties molles et on arrive sur le petit ligament sacro-sciatique; audessus de lui, on décline ou on traverse le pyramidal. Il n'y a pas à craindre la honteuse interne, l'ischiatique et le nerf sciatique qui sont situés plus bas et en dehors. Le doigt introduit sent alors le rectum, grâce à la sonde qui s'y trouve; le péritoine est saisi en dehors du rectum, sectionné, et à travers la boutonnière il n'y a plus qu'à passer le drain.

C'est au cours d'une laparotomie qu'on procède de dedans en dehors. Pour ce faire, on suit avec l'index le bord droit du sacrum; puis arrivé au milieu du petit ligament sacro-sciatique, on perfore les tissus avec une pince en rasant exactement le sacrum; quand la pince fait saillie à l'extérieur on crève la peau avec le bistouri et on place le drain.

D'après les recherches du Dr Frœlich, Hegar et Saxtorph seraient les seuls à avoir ainsi de parti pris drainé le petit bassin.

**Péricardi purulente traitée par l'incision.**—Les interventions sur le péricarde sont rares: aussi croyons-nous intéressant de rapporter celle-ci, due à M. EISELSNERG, intitulée *péricardite purulente traitée par l'incision* (*Wien. klin. Wochenschr.*, janv. 1895).

Il s'agit d'un garçon de dix-sept ans, chez lequel, à la suite d'un coup de couteau dans la poitrine, se développa une péricardite purulente. La ponction du péricarde, faite à plusieurs reprises, sans résultat, le chirurgien se décida à intervenir par l'incision. Il mit à nu le cartilage de la quatrième côte gauche, réséqua cette dernière, et vit une membrane épaisse, fibreuse, le péricarde. Après une ponction exploratrice il incisa transversalement le péricarde épaissi, sur une étendue de 4 centimètres, et évacua 2 litres d'un liquide séro purulent. Il lava ensuite la cavité à l'eau salicylée tiède, fixa les bords de l'incision aux lèvres de la plaie et plaça dans la cavité deux drains. Guérison complète en quatre semaines.

L'examen de l'exsudat montra la présence d'un micro-organisme analogue au coli-bacille; mais il a été impossible de savoir s'il s'agissait d'une infection primitive ou d'une infection par la voie sanguine.

L'auteur insiste sur les avantages de la suture du péricarde aux lèvres de la plaie, et cela se comprend, car on garantit de cette façon la plèvre contre l'infection.

Rapprochons de ce fait, quoique cela empiète un peu sur le domaine médical, une observation *paracentèse du péricarde*, rapportée par M. PERCY KIDD à la *Medical Society of London*:

Un homme âgé de trente quatre ans fut amené à l'hôpital en proie à une dyspnée extrême, atteint de néphrite interstitielle compliquée de dyspnée urémique, avec un peu d'épanchement pleurétique à droite. Quinze jours plus tard, on dut faire une ponction dans la plèvre droite, qui permit de retirer près de deux litres de liquide rosé. Le malade alla mieux. Trois semaines après, nouvelle ponction de 1,200 grammes dans la plèvre droite, mais bientôt l'on constata les signes d'un épanchement péricardique. Une ponction fut pratiquée dans le péricarde, au niveau du quatrième espace intercostal gauche, contre le sternum, et on retira 150 grammes de liquide sanguinolent. Amélioration pendant quarante huit heures et nouvelle ponction dans le cinquième espace, à 5 centimètres du bord sternal. On put extraire encore 840 grammes de liquide sanguinolent, et le malade fut considérablement soulagé. L'amélioration continua pendant un mois, puis le cœur commença à fléchir. Une troisième ponction ne donna aucun résultat, et la mort survint. L'autopsie montra, outre des lésions pleuro-pulmonaires et rénales, l'existence d'une péricardite hémorragique, le péricarde était oblitéré par des adhérences dont la plupart étaient récentes.

M. EWART a eu plusieurs fois recours à la paracentèse du péricarde et, en particulier dans un cas, il a obtenu un excellent résultat, après avoir retiré 600 grammes de liquide sanguinolent. Dans la péricardite purulente, il croit indispensable d'avoir recours à un traitement chirurgical, c'est-à dire de faire une ouverture aussi large que possible.

MM. SANSON, MARMADUKE, SHEILD et CARR font remarquer les difficultés et les dangers de la ponction, car s'il y a des adhérences, la pointe du trocart peut blesser soit le cœur, soit un des gros vaisseaux qui y siègent, amenant ainsi une hémorrhagie intra-péricardique rapidement mortelle. — *L'Union Médicale*.

---

## OBSTÉTRIC ET GYNÉCOLOGIE

---

**Premières manifestations de la métrite post-puerpérale.**—M. le Dr Rémy (de Nancy), montre dans la *Revue médicale de l'Est*, l'utilité qu'il y a à reconnaître dès le début la métrite post-puerpérale, et insiste surtout sur ses premières manifestations.

Toute endométrite puerpérale peut être le point de départ d'une métrite chronique. Cliniquement on reconnaît l'endométrite puerpérale aux caractères présentés par les lochies, indépendamment des autres signes, tels que la fièvre, l'état général. L'aspect des lochies nous indique l'aspect de la cavité utérine. A des plaies saines, fraîches, de bonne apparence, correspondent des lochies de bonne nature, sanglantes, puis rosées, fraîches pour ainsi dire et sans



odeur. A des surfaces dénudées, malades, correspondent des lochies de mauvaise nature; elles deviennent fétides la plupart du temps, elles ont une teinte café au lait, un apparence chocolatée, formant une bouillie infecte. On a affaire alors soit à l'endométrite putride, soit à l'endométrite septique.

L'affection ne débutera pas toujours avec un si grand fracas. Elle pourra s'annoncer par l'abondance, la persistance et la nature de l'écoulement lochial. Moins une femme perd dans ses couches, moins dure l'écoulement lochial, moins il y a de raison de redouter une métrite. Plus le liquide est clair, sans mélange de pus, plus on a de raisons de croire à l'intégrité de la muqueuse utérine du corps et du col; tandis qu'un écoulement muco purulent abondant, persistant, indique l'existence d'un catarrhe utérin, qu'il soit d'origine ancienne ou récente.

M. Rémy signale encore un phénomène qu'il considère comme le signe d'une congestion utérine persistant au-delà des limites régulières et marquant la prédisposition à l'engorgement utérin ultérieur, et aux altérations hémorrhagiques de la muqueuse. C'est l'exagération de l'écoulement sanguin appelé le petit retour. On sait qu'on entend sous ce nom l'apparition d'un léger écoulement de sang pur vers le seizième jour, un peu plus tôt ou un peu plus tard, durant deux à quatre jours. Cet écoulement sanguin paraît lié à des phénomènes ovariens, à une ovulation et il représente une menstruation. Or cette hémorrhagie, légère dans les conditions normales, prend parfois le caractère d'une véritable métrorrhagie soit par l'abondance du sang, la longue durée de l'écoulement, et sa tenacité. Or n'est-ce pas là l'analogie de ce que l'on observe dans la métrite hémorrhagique plus ou moins fongueuse? On a là le signe d'une congestion utérine persistante, d'une réparation défectueuse de la muqueuse, d'une fragilité spéciale des parois des vaisseaux de cette muqueuse. Celle-ci sera exposée à rester saignante et à reproduire les métrorrhagies à chaque époque cataméniale.

Il est encore un phénomène pathologique qui est bien fait pour faire redouter une métrite ultérieure: c'est l'accès de fièvre précédant chez quelques accouchées le petit retour. On voit, en effet, dans les Maternités dans lesquelles les femmes accouchées séjournent assez longtemps, la température, qui s'était maintenue pendant un certain temps à la normale, s'élever, vers les 14<sup>e</sup> 15<sup>e</sup> jours à 38° , 38,5 et tomber à l'apparition de l'écoulement sanguin du petit retour.

Voici maintenant en quoi consistent les manifestations ultérieures de l'affection utérine.

Une première manifestation d'un état pathologique de l'utérus consiste dans le caractère métrorrhagique qu'affecte le "grand retour" vers les 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> semaines de couches. La femme perd à cette occasion du sang en abondance, souvent sous forme de caillots, avec douleurs de reins, etc., et cette métrorrhagie réclame le séjour au lit et

souvent une intervention thérapeutique. Si le médecin n'apporte pas tout de suite ses soins à décongestionner rapidement et efficacement la matrice, les mêmes accidents métrorrhagiques se produiront à chaque époque menstruelle. Cette complication s'observe souvent aussi après les fausses couches dont les débris ovulaires et la caduque se détachent parfois difficilement et tardivement en provoquant des hémorrhagies continues, de telle sorte que la muqueuse n'a pas le temps de se refaire avant la réapparition de ses règles, et que l'écoulement sanguin cataménial se confond souvent avec l'hémorrhagie dépendant des complications de l'avortement.

Telles sont les modalités du début de la métrite hémorrhagique. Il est encore une autre variété de métrite consécutive aux couches, qui se présente sous un autre aspect et qui sera décrite sommairement.

Pour cette métrite les patientes ne se présentent que tardivement à l'examen du médecin, quinze ou vingt mois, deux ans après la dernière couche. Elles n'ont d'abord ressenti que de légers malaises du côté du ventre, de la leucorrhée ou un écoulement jaunâtre, phénomènes rattachés par elles aux conséquences ordinaires d'une parturition. Peu à peu les malaises se sont accentués ; les douleurs de reins, les pesanteurs, les écoulements continuels, l'altération de la santé engageant la malade à demander conseil au médecin. Ainsi, invasion discrète de l'affection, état supportable d'abord, puis, sous l'influence du retour périodique des règles, des fatigues, du défaut d'hygiène, des abus sexuels, comme le démontre l'examen direct qui montre un col volumineux, congestionné, ulcéré, un corps hypertrophié, une sécrétion altérée.

Aussi faut-il se tenir en garde contre ces métrites légères qui s'installent sans bruit et vérifier l'état de l'organe, au premier soupçon, afin d'apporter remède au mal dans ses débuts. — Journ. de Méd. et de Chir. prat.

**Du traitement de l'infection purulente des nouvelles accouchées, par M. le professeur TARNIER.**—Vous avez pu voir dans notre service une femme qui a succombé il y a quelques jours. Cette femme était atteinte de l'infection purulente.

Je voudrais saisir cette occasion pour vous exposer d'une façon détaillée et précise le traitement de cette terrible maladie. Mais avant d'aborder ce sujet, permettez-moi de vous dire, en quelques mots seulement, ce que c'est que l'infection purulente.

Elle est causée par des microorganismes dont les plus importants sont : le streptocoque et le staphylocoque. Ces microbes pénétrant dans la cavité utérine, pullulent, se cultivent, envahissent d'abord la muqueuse de l'utérus, puis les couches profondes du même organe, les régions voisines, les annexes et enfin les lymphatiques et les veines. Portés par le torrent circulatoire, ils peuvent pénétrer dans tous les organes, y former des lésions qu'on a appelées des abcès métastatiques et dans ces cas ils tuent presque fatalement la malade.

Étant donnée cette origine microbienne, le traitement rationnel qui s'imposerait, ce serait de poursuivre les microbes jusque dans les organes où il ont pénétré et les tuer. Ce serait, je le répète, le seul traitement rationnel.

Mais il est impossible.

Il faut donc se contenter d'abord du traitement prophylactique, qu'on applique à toutes les femmes en couche : l'antisepsie rigoureuse des organes génitaux. A ce propos, je vous dirai que dans notre service, on fait une seule injection intra-utérine iodée à toutes les accouchées.

Mais voilà une femme qui devient malade malgré les précautions antiseptiques soigneusement prises. La température s'élève (38° 0, 38.5) ; le ventre est douloureux.

A quoi avez-vous affaire ?

A un léger degré d'infection ; c'est dire qu'il y a sur la muqueuse utérine quelques microbes.

Est-ce toujours là que se trouve la seule cause de l'état de la malade ?

Evidemment non !

Vous pouvez avoir une simple excoriation de la vulve qui est quelques peu infectée ; c'est peut-être, d'autre part, une simple crevasse du sein.

Mais si un examen attentif ne vous a révélé aucune lésion du côté de la vulve, ni du côté des seins, vous pouvez affirmer qu'il s'agit d'une infection utérine, et votre devoir est de faire une injection intra-utérine iodée.

L'injection faite, la température se maintient, que devez-vous penser ?

Dites-vous alors que les microorganismes ont pénétré plus profondément, très profondément même, que par conséquent les injections intra-utérines, si abondantes, si fréquentes qu'elles soient, ne serviraient à rien. Il faut avoir recours à un moyen plus radical, au curettage.

Ce dernier procédé est surtout indiqué dans les cas où il y a quelques lambeaux de la caduque dans la cavité utérine.

Mais rappelez vous bien que la curette est un instrument dangereux. Le tissu utérin est mou, flasque, et la curette le perce facilement. Employez donc d'abord l'écouvillonnage, moyen beaucoup moins dangereux et très efficace, inventé et préconisé par M. Doléris. Si l'écouvillonnage n'a pas réussi, appliquez le curettage. En tout cas, ne tardez pas trop, faites votre traitement à temps.

Vous avez curetté et la température ne baisse pas, la maladie continue. Les microbes pénètrent dans le torrent circulatoire, l'infection purulente est déclarée.

Que faire ?

Je vous ai déjà dit que le traitement rationnel est impossible.

S'en suit-il qu'il faille se croiser les bras et laisser les femmes mourir ?

Non certainement !

Et là, c'est la nature qui nous indique la voie à suivre, et de quelle façon ?

Voilà comment l'infection purulente n'est pas fatalement mortelle. On observe — et j'ai observé moi-même — des cas de guérison. Que se passe-t-il dans ce cas ? C'est l'organisme qui lutte contre ses ennemis et parfois il emporte la victoire. De là, la première médication — soutenir les forces des malades.

Vous leur donnerez donc à manger, vous les nourrirez le mieux que vous pourrez. Heureusement elles ne perdent pas l'appétit. Donnez-leur à manger. J'insiste sur ce point, puisque, comme vous le savez, les accouchées étaient soumises autrefois à la diète, et c'est grâce à M. Legroux père, qui avaient démontré l'inutilité et même le danger de cette manière de faire, qu'on a recommencé à les nourrir.

A côté des aliments solides : viandes grillées, rôties, volaille, etc., vous prescrirez des boissons alcooliques (vin de Bordeaux, de Malaga, etc.) et dans les cas où vous aurez affaire à des malades pauvres, le *grog*.

Voilà le traitement hygiénique.

Passons aux médicaments.

Il y en a deux : la quinine et l'antipyrine.

Tous les deux sont des antipyriniques, mais je préfère la quinine, d'abord parce qu'elle est plus puissante, et ensuite parce qu'elle possède des propriétés antiseptiques incontestables.

C'est Beau qui le premier montra la grande utilité de la quinine dans l'infection purulente, mais il l'administrait à des doses trop fortes, allant jusqu'à 3, même 4 grammes par jour, ce qui lui a valu des accidents très graves, même des cas mortels.

Il n'en est pas moins vrai que la quinine est un médicament très utile et puissant. Vous l'administrerez à la dose de 1 gramme (50 centigrammes matin et soir), de 1 gr. 50 et *très rarement* de 2 grammes, mais *ne dépassez jamais* cette dose.

Examinons maintenant une méthode qui était préconisée chaudement ces dernières années — *les bains froids*.

Vous savez que c'est Brand qui le premier avait employé des bains froids dans les affections fébriles, la fièvre typhoïde notamment.

Des observations abondent et la majorité d'observateurs reconnaissent l'utilité de cette méthode.

Faut-il appliquer les bains froids au traitement de l'infection purulente ?

Voici ce que je pense à ce sujet.

Au début, quand votre diagnostic n'est pas ferme, quand la température dépasse 38°5, il paraît y avoir avantage de les employer. Vous pourrez avoir recours aux différents modes : ablutions, froides,

serviettes mouillées sur la tête, le ventre, les cuisses, emmaillottage dans des draps mouillés. Vous abaissez la température — c'est l'effet principal de cet agent thérapeutique.

Mais lorsque l'infection purulente est déclarée, lorsque le doute n'est plus possible, les bains froids ne doivent pas être employés ; il n'est plus temps.

En effet, ils ne serviraient qu'à abaisser la température, mais comme vous le savez, elle tombe souvent le matin jusqu'à 36°. D'autre part, tout l'organisme est envahi, les abcès métastatiques se sont formés, les bains froids ne pourront rien contre ces accidents ; ils seront donc absolument inutiles.

Il me reste à examiner une autre méthode toute nouvelle, inventée il y a quelques années par M. Fochier.

Elle consiste dans la provocation artificielle.

Le raisonnement qui a conduit M. Fochier à cette méthode est le suivant :

On voit des femmes atteintes d'infection purulente guérir. Les abcès métastatiques qui se forment, ne seraient-ils pas des abcès critiques ?

Si oui, il faut donc les provoquer artificiellement et fournir de la sorte à l'organisme une arme qu'il emploie lui-même pour se débarrasser de la maladie qui le tue.

M. Fochier a donc essayé, et après bien des tâtonnements, trouva que c'est avec l'essence de térébenthine qu'on arrivait à provoquer ces abcès.

Il injecte 1 gramme d'essence de térébenthine dans le tissu conjonctif sous-cutané. Ces injections peuvent être répétées tous les jours.

Le lendemain le tissu s'indure, puis gonfle ; la fluctuation devient manifeste, bref un abcès se forme. M. Fochier dit qu'il faut *bien se garder de l'ouvrir*.

Cette méthode a été beaucoup discutée. Des observations nombreuses furent publiées, les unes favorables, les autres défavorables.

Quant à moi, je l'ai employée deux fois et sans succès. L'injection de l'essence de térébenthine n'a pas empêché mes malades de mourir ; il est vrai que la suppuration, à laquelle M. Fochier attribue toute l'importance, ne s'était pas produite. En tout cas, je ne vous cache pas que j'ai peu de confiance en cette méthode.

Vous pouvez, si le cas se présente, y avoir recours, mais je vous le répète, je ne crois pas qu'elle vous donne des résultats satisfaisants.

J'ai fini.

Pour résumer les moyens thérapeutiques, disons :

Il faut soutenir les forces des malades, il faut les nourrir. Recourir à la quinine de préférence aux doses indiquées, employer les différents modes de l'hydrothérapie froide au début de l'affection, quand le diagnostic est encore douteux. Enfin, appliquer la méthode de M. Fochier.

Vous voyez, d'après cette énumération, que les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition pour combattre cette terrible maladie, tout en étant assez nombreux, ne sont pas bien efficaces. Malheureusement, l'infection purulente ne pardonne pas. Mais, en vous rappelant les cas, fort rares il est vrai, de guérison, vous ne désespérez pas et lutterez jusqu'à la fin.—*Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*

**De l'asafœtida dans la pratique obstétricale et gynécologique.**—Warman (*Therapeut, Monats.*, janvier 1895) s'élève contre l'inefficacité des remèdes jusqu'ici recommandés dans les cas d'avortement, démontrant que de petites doses d'opium manquent fréquemment leur but, de même que de fortes doses répétées peuvent être dangereuses, les deux modes d'administration étant de peu de valeur chez les patientes sujettes à l'avortement. C'est pourquoi l'auteur fut porté à employer volontiers l'asafœtida, tel que recommandé d'abord par les accoucheurs italiens. Ce médicament était ordinairement administré sous forme de pilules de 1½ gr. chacune, mais bientôt un enema contenant la teinture fut préféré aux pilules dans les cas graves d'avortement. L'auteur trouva ce médicament très efficace à arrêter l'hémorrhagie qui est sujette à recommencer subséquentement. Quoiqu'avec un flot de sang des plus graves et des plus alarmants, la première dose parut avoir un effet des plus calmants, et amena une séparation graduelle de l'ovule sans contractions utérines. Pour illustrer ceci, plusieurs exemples sont cités au long mais le matériel à la disposition de l'auteur est insuffisant pour lui permettre de reconnaître à l'asafœtida des propriétés prophylactiques. Il est indiqué là où il y a eu des avortements successifs. L'auteur a observé en tout 5 cas, et en décrit un des plus obstinés. A ces patientes, on administre les pilules, en commençant avec 2 par jour et en augmentant jusqu'à 10, le nombre en étant subséquentement diminué. Aucun symptôme désagréable n'a été observé, mais, d'un autre côté le travail intestinal était grandement activé, ce à quoi l'auteur attribue en grande partie le succès obtenu dans ces cas qu'il appelle "abortio habitualis."—*British Medical Journal*, 2 mars 1895.

**Des accouchements sans antiseptie vaginale.**—On sait que de divers côtés, en Allemagne principalement, un bon nombre d'accoucheurs ont répudié toute injection vaginale, toute mesure de désinfection interne, tout au moins à la suite des accouchements normaux. M. HERMANN est un des partisans les plus déterminés de cette nouvelle manière de faire ; pour lui, les injections vaginales ne sont pas seulement inutiles, mais elles constituent une manœuvre dangereuse. Les résultats de sa pratique semblent lui donner raison. Une série de 1200 accouchements ne lui a pas donné un seul décès. La morbidité a été de 5 à 7 pour cent. Il faut dire qu'il considère comme morbide tout cas dans lequel la température a atteint 38° lors même que la cause pathologique serait extra-génitale.

Il se prononce contre la théorie qui veut que la femme porte en elle-même les germes de l'infection puerpérale. De plus, au point de vue théorique, il refuse de baser sa conduite clinique uniquement sur les données de la bactériologie. Et en vérité, de combien de germes pathogènes l'individu le mieux portant n'est-il pas porteur, sans qu'il paraisse en souffrir le moins du monde. (*Centralbl. f. Gynäkologie*, n° 33.) — *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes.*

**Succinate d'ammoniaque dans les contractions spasmodiques.**— Par le docteur S. RÉMY, Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. — Les contractions de l'accouchement prennent parfois un caractère spasmodique et douloureux qui met entrave à la marche régulière du travail. Il ne se fait plus de progrès parce que la portion inférieure de l'organe qui doit céder sous l'action des fibres longitudinales de l'utérus et de la pression du segment inférieur de l'œuf, se resserre spasmodiquement et entre en lutte contre cette force supérieure pendant tout le temps de la contraction, de sorte que l'utérus se serrant comme un sac contractile sur son contenu, l'emprisonne au lieu de le diriger vers l'orifice de sortie. Le progrès est donc nul parce que les anneaux contractiles qui entourent l'orifice au lieu de céder se tendent spasmodiquement et luttent contre l'effort de la portion supérieure du muscle utérin. Le caractère douloureux de la contraction est modifié : la douleur est plus aigue, plus pénible, plus agaçante.

Normalement, la contraction n'est pas générale immédiatement mais selon toute vraisemblance d'abord antipéristaltique (Kehrer) puis comme nous le dit M. Depaul : "Quand on pratique le toucher dans les moments de repos, si l'on maintient le doigt sur le bord de l'orifice jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle contraction, on sent au début le pourtour se tendre, se durcir et l'ouverture diminuer plutôt que s'agrandir." "Nous trouvons ensuite que pendant le summum de la contraction, l'orifice qui s'était un peu rétréci au début semble s'agrandir sous l'influence des tractions opérées sur les fibres circulaires et de la pression exercée par la partie fœtale qui appuie sur le pourtour de cette ouverture". Par conséquent, quand l'onde contractile est parvenue au fond de l'utérus, celui-ci l'emportant en puissance sur la portion inférieure, peut alors vaincre l'action des contractions des anneaux inférieurs par l'action de ses fibres longitudinales et par la poussée vers l'orifice qu'il communique au fœtus ou à l'œuf. C'est ce qu'exprime Naegele quand il dit que "c'est le fond qui se contracte le plus énergiquement, et la contraction du corps est plus forte que celle du segment inférieur." Pour finir, la contraction utérine doit être péristaltique, c'est-à-dire que l'onde contractile doit redescendre du fond vers l'orifice pour ainsi dire en mourant, allant de haut en bas dans le sens de l'expulsion définitive.

Cela posé, il est facile de comprendre la nature de cette contraction spasmodique que nous signalions tout à l'heure: Le segment inférieur se contracte tout le temps, aussi bien au début qu'à la période d'acmé et au moment du déclin, et cela avec la même force au commencement jusqu'à la fin entravant par son spasme la marche régulière de l'onde contractile et contrebalançant la contraction puissante du fond dont l'action devrait surtout se faire sentir à la période d'acmé. Naegle signale d'une façon très nette cette contraction spasmodique: "L'autre espèce de perversion de l'activité de la matrice qui peut rendre l'accouchement bien difficile consiste en une *direction anormale* des douleurs, c'est-à-dire en une contraction disproportionnée, spasmodique, de parties isolées de la matrice. Dans ces cas, les douleurs peuvent être trop fortes même sans avoir la moindre influence sur la dilatation de l'orifice utérin ou sur la progression de l'œuf, tantôt parce que la contraction n'est que partielle, par exemple bornée à une partie plus ou moins étendue du corps ou du segment inférieur, ou à une paroi de l'utérus, tantôt parce que la *prépondérance nécessaire du fond de la matrice sur l'orifice fait défaut*, tout l'organe se contractant, du reste."

Cette perversion des contractions réclame donc un traitement si l'on veut voir le travail reprendre sa marche régulière. Naegle, dans le chapitre que nous avons signalé, énumère les moyens thérapeutiques efficaces en se basant sur les diverses indications cliniques. Pour être complet, il faudrait ajouter le chloral que tout médecin utilise dans la pratique obstétricale et l'antipyrine dont il a été fait usage fréquent en accouchements vers 1888-1890. Misrachi a montré qu'en sa qualité d'analgésique, l'antipyrine combat efficacement certaines complications douloureuses du travail. Mais je ne veux pas passer en revue tous les traitements qui ont pu rendre des services en de telles circonstances, désirant parler du traitement que j'ai vu employer dans le service de M. le professeur Stoltz, pendant mon externat, et que j'ai ensuite employé avec utilité dans les cas suivants. Le médicament prescrit était le succinate d'ammoniaque qu'on faisait entrer à la dose de 1 gramme en une potion de 140 grammes et qu'on administrait par cuillerées à bouche jusqu'à sédation du spasme. L'auteur cite quatre observations.—*Arch. d. Toxicologie et de Gynéc.*

**Symphyséotomie aux Etats-Unis.**—Wheeler (Boston Medical and Surgical Journal, 27 décembre 1894) accoucha à terme une irlandaise, âgée de 28 ans, laquelle en était à son septième enfant. Dans son histoire on voit qu'elle a eu des applications de forceps, une version et des enfants morts. Le diamètre vrai conjugué n'était pas tout à fait de 3½ pouces. Il était trop tard pour provoquer le travail. A l'accouchement naturel, le forceps de Tarnier fut appliqué pendant quinze minutes sans résultat aucun. Alors, après de



minutieuses précautions, la symphyséotomie fut pratiquée. Il se fit un écartement des os de la largeur d'un doigt, et il survint une abondante hémorrhagie veineuse provenant de la rupture d'un riche plexus de vaisseaux situé sous l'arc du pubis. L'hémorrhagie fut arrêtée sans difficulté par compression avec un tampon de gaze. Le forceps fut de nouveau appliqué et la tête extraite en 20 minutes. Le passage de la tête amena un écartement des os de 2½ pouces et l'hémorrhagie veineuse recommença avec abondance. L'enfant fut sauvé, mais le cordon donna quelque difficulté; tous les diamètres de la tête étaient au-dessus de la normale. C'était un garçon pesant 8 livres et mesurant 20½ pouces. Une légère attaque de phlébite de la jambe gauche vint compliquer la suite des couches. A la fin de la quatrième semaine la patiente pouvait marcher.

Le 3 décembre 1894, Harris, de Philadelphie, écrivait à Wheeler : "Jusqu'à présent il y a eu 60 opérations pratiquées aux États-Unis et 1 au Canada. Aux États-Unis en 1893, il y en a eu 31 et 17 cette année. Au Canada, aucune opération n'a été suivie de mort" *British Medical Journal*, 2 mars 1895.

---

## PÆDIATRIE

---

**Thérapeutique hospitalière.**—Paris. *Le traitement des maladies de cœur chez les enfants*, par M. J. SIMON.—Les cardiopathies de l'enfance ne guérissent que d'une façon exceptionnelle, mais leur pronostic relativement bénin permet de diriger contre elles une thérapeutique pour ainsi dire pathogénique dont l'application des révulsifs et l'usage de l'iode de potassium forment la base.

Les pointes de feu et les vésicatoires appliqués sur la région pectorale combattent les reliquats d'inflammation qui persistent habituellement et les services que rendent parfois les révulsifs sont tels que l'on a comparé, au point de vue de leur action, les cardiopathies aux arthrites.

L'iode de potassium sera donné en vue de favoriser la résorption des exsudats plastiques. M. Jules Simon, bien que les enfants supportent parfaitement bien le médicament, conseille de ne pas dépasser les doses quotidiennes de 20 à 50 centigrammes. Il ne faut, du reste, pas continuer trop longtemps l'usage du médicament qui finit par affaiblir.

Assez fréquemment les cardiaques ont de petites poussées fébriles, il est indiqué, dans ce cas, de leur donner du salicylate de soude à faibles doses. Contre les troubles nerveux, l'insomnie qui se voit surtout dans les cardiopathies consécutives à la chorée, on a recouru au bromure à la dose de 1 à 2 grammes par jour. M. J. Simon a insisté avec raison, sur la nécessité de ne donner le bromure que

pendant peu de temps : et il a vu, chez un de ses malades, le médicament, au bout de huit jours d'administration, déterminer constamment des épistaxis abondantes.

Comme tonique, on devra surtout prescrire l'arsenic. C'est ainsi que pendant 15 jours par mois, à chaque repas, un enfant d'une douzaine d'années devra prendre une cuillerée à soupe d'une solution de 5 centigrammes d'arséniat de soude dans 500 grammes d'eau. Le phosphate de chaux est aussi recommandé par M. J. Simon qui, par contre repousse absolument l'usage du fer et l'accuse de provoquer des congestions. Tous les médecins, soit dit en passant, ne repoussent pas le fer, et M. Comby, par exemple, le prescrit volontiers sous forme de sirop d'iodure. L'hémoglobine rend de bons services chez les cardiaques anémiques.

En cas d'irrégularités des battements du cœur, M. J. Simon conseille de X à XX gouttes de teinture de digitale et recommande de choisir de préférence l'infusion de 20 à 30 centigrammes de poudre de feuille si les battements sont en même temps très faibles. La caféine pourra de temps à autre remplacer la digitale. Ajoutons encore l'extrait de muguet que prescrit aussi M. Comby en l'associant à la digitale : Extrait de muguet 2 grammes, sirop de digitale, 20 grammes ; sirop d'écorces d'oranges amères, 60 grammes, trois cuillerées à café par jour.

L'hygiène du cardiaque doit être sévère. La régularité des fonctions digestives est très importante à obtenir : il ne faut jamais laisser le petit malade se constiper et n'employer qu'avec une grande réserve les médicaments qui peuvent troubler le fonctionnement de l'estomac. On entretiendra les fonctions de la peau par les frictions et le massage et il faudra ne permettre l'exercice qu'avec ménagement et en surveillant de près ses effets. Les bains de mer, les eaux minérales doivent absolument être interdite et si l'enfant peut se déplacer pendant la mauvaise saison on conseillera simplement l'hivernage dans un pays tempéré.

*Les badigeonnages de gaiacol chez des tuberculeux, par M. F. COURMONT, LYON.*—M. F. Courmont a résumé, dans la *Province médicale*, les recherches qui ont été poursuivies dans les hôpitaux de Lyon sur ce nouveau mode de traitement de la tuberculose pulmonaire. Sciolla, Weill, Launois, Lépine, Robillard, Montagnou sont les auteurs qui se sont le plus occupé de l'action du gaiacol, et les résultats obtenus ont été confirmés par M. Courmont. On obtient un abaissement immédiat de la température centrale de tous les tuberculeux soumis aux badigeonnages de gaiacol. Ces effets s'observent avec des doses de 0,50 centigrammes de gaiacol liquide, n'irritant pas la peau. L'abaissement de la température rectale débute quelques instants après le badigeonnage et se poursuit graduellement, de telle façon que le maximum est atteint au bout de 3 heures et demie ou 4 heures ; puis la température remonte après

être restée quelque temps stationnaire. Dans les observations de M. Courmont, les minima oscillent entre 35°9 et 36°3.

Les symptômes généraux qui accompagnent l'abaissement de la température peuvent être très effrayants chez les cavitaires et sont habituellement moins accusés chez les granuliques. M. Courmont les résume de la manière suivante : sensation très nette de refroidissement général surtout aux extrémités (tous les malades demandent à être réchauffés à l'aide de couvertures, bouillottes, etc.), sueurs très abondantes, abattement, besoin de sommeil et consécutivement bien-être relatif.

Chez les tuberculeux avancés, les tuberculeux cavitaires, l'action des badigeonnages de gaïacol est déplorable et, d'après M. Bard, la mort en quelques heures peut être la conséquence du traitement. Le collapsus est toujours menaçant et, de plus, la température remonte le lendemain aussi élevée. Les badigeonnages journaliers faits avec de grandes précautions peuvent amener un retour de l'appétit et du sommeil, mais il se produit rapidement un affaiblissement cardiaque qui force à cesser le traitement.

Il faut donc absolument proscrire les badigeonnages de gaïacol chez les tuberculeux cavitaires à la dernière période ; par contre, ils constituent chez les tuberculeux granuliques, non cavitaires, un excellent traitement. Certains tuberculeux éprouvent une amélioration surprenante et durable à la suite des badigeonnages de gaïacol et leur température revient à la normale. Dans les observations de MM. Bard et Courmont, on voit que cette évolution favorable se montre chez les granuliques ou les chroniques scléreux. Il peut se produire, en trois ou quatre jours, une défervescence complète. Puis la température ne remonte pas et reste oscillante entre 37° et 37°4, l'appétit revient, la dyspnée et la toux diminuent ; les malades se lèvent et augmentent de poids. Ce sont là de bien beaux résultats, et que le gaïacol agisse par action réflexe, comme le croit M. Guinard, ou bien qu'il se produise une absorption cutanée (Sciolla, Launois), en somme, peu importe. Ce qu'il faudrait bien savoir, c'est si les améliorations obtenues se maintiendront longtemps ; or c'est une question à laquelle il est encore impossible de répondre.—  
*Union Médicale de Paris.*

**Traitement des terreurs nocturnes chez les enfants.**—Chercher à combattre la cause (dyspepsie, hypertrophie des amygdales, coryza chronique, etc.).

Interdire les repas tardifs, les boissons excitantes : thé, café, alcools.

Défendre les récits émuovants, éviter tout surmenage intellectuel

Accoutumer les enfants dès le berceau à s'endormir sans lumière

Le soir, avant de coucher l'enfant, lui faire prendre un bain tiède de 10, 20 et même 30 minutes.

WEST.—Bromure de potassium en potion avec une faible dose d'hydrate de chloral.

D'ESPINE et PICOT.—Sulfate de quinine; bromure de sodium, 0 gr. 50 à 1 gr.

Proscrire l'opium.

#### ELLIS

Teinture de jusquiame . . . . .	5 à 10 gouttes.
Bromure de potassium . . . . .	0 gr. 10.
Eau distillée . . . . .	10 grammes.
Sirop de gomme . . . . .	15 grammes.

M.

Par cuillerées à café le soir. — (*Journal de pathologie et de thérapeutique infantile.*)

Le cœur et la circulation dans la coqueluche (Clinical study of pertussis with special reference to the heart and circulation), par KNIGHT. N.-Y. *Med. Journ.*, 30 septembre 1893, p. 274. — Le travail très intéressant de l'auteur est basé sur 40 cas de coqueluche observés à la clinique de Koplik, chez des enfants âgés de 3 semaines à 10 ans. L'étude est consacrée principalement aux modifications du cœur et de la circulation dans la coqueluche, mais en même temps l'auteur a fait des recherches sur la température et l'urologie des coquelucheux.

Depuis longtemps il est admis que pendant la quinte, la tension du cœur augmente et qu'il survient une distension de tout le système circulatoire. L'auteur a voulu vérifier ce point et voici ce qu'il trouva : Dans certains cas l'inspection et la palpation du cœur font voir que l'action du cœur pendant l'accès devient irrégulier comme rythme et comme force, et que cette irrégularité persiste quelquefois pendant l'intervalle des accès. Mais le plus souvent l'action du cœur redevient normale au bout d'un temps variant de 10 secondes à quelques minutes. Les battements du cœur sont rapides dans tous les cas, en disproportion avec la fréquence de la respiration dans quelques uns.

Le même fait a été confirmé par l'auscultation et par la percussion pratiquée d'après la méthode de Walshermington. La percussion a montré notamment que dans un grand nombre de cas, il existait pendant l'accès une dilatation du cœur droit se manifestant par une augmentation de la zone de matité qui dépassait (à droite) la ligne médiane de 1 centimètre trois quart et 3 centim. Cette dilatation est évidemment de même nature que celle consécutive au surmenage physique plus ou moins aigu (Alibutt, Black).

L'auscultation du cœur a donné les résultats suivants :

Le rythme du cœur était irrégulier chez 25 enfants (sur 40). Dans six cas le trouble était très accusé et ne disparaissait qu'assez longtemps après l'accès. Dans 9 cas de cette série, il existait en même

temps une modification des bruits du cœur : dans un cas le premier bruit de la pointe était rugueux ; dans un cas le second bruit de la pointe était accompagné d'un léger souffle ; dans un cas le second bruit de la base et de la pointe était rugueux ; dans six cas le second bruit était accentué, chez quatre au niveau de l'orifice pulmonaire, chez un au niveau de l'orifice aortique, chez un au niveau des deux.

Deux enfants ont présenté un souffle très fort dû dans un cas à l'insuffisance mitrale, dans l'autre à l'insuffisance aortique. Seulement il fut impossible de savoir si ces souffles étaient récents ou anciens. L'auteur cite à ce propos Osler pour lequel "certains cas d'affections valvulaires chez des enfants qui n'ont jamais eu de rhumatismes et de scarlatine, peuvent avoir leur origine dans la distension du cœur pendant les accès de coqueluche".

Le pouls est ordinairement irrégulier, rapide, dicrote, faible, comme on peut le voir sur un grand nombre de tracés que donne l'auteur.

Les troubles objectifs du côté du système circulatoire, les hémorragies sous-cutanées ou autres, l'œdème et la bouffisure de la face sont bien connus. Dans trois cas, les enfants accusaient une douleur au cœur.

Dans 15 p. 100 des cas, la température était au dessus de la normale, et chez certains enfants, la coqueluche, grave ou légère, avait débuté par la fièvre.

Les complications pulmonaires étaient : la bronchite légère (47, 5 p. 100), la bronchite grave (20 p. 100) la broncho-pneumonie (17 p. 100). Les poumons ne furent par conséquent pas pris dans 15 p. 100 des cas. L'emphysème partiel a été noté dans 20 p. 100 environ des cas.

L'urine retirée aseptiquement par la sonde, était examinée dans 20 cas. Elle était dans tous les cas d'une réaction acide et d'un poids spécifique de 1020 gr. en moyenne.

L'alluminurie était fréquente, 66 fois sur 86 examens, et cette fréquence s'explique par la diminution de la tension artérielle dans le système rénal, consécutivement à la dilatation du cœur. Dans un cas, l'urine renfermait à côté de l'albumine, des cylindres hyalins et des hématies qui ont persisté encore longtemps pendant la convalescence. Il s'agissait évidemment là d'un cas de congestion passive du rein.

Dans un nombre notable de cas, l'urine contenait du sucre et de l'acétone. L'auteur, sans insister sur ce fait, se contente d'attribuer la glycosurie et l'acétonurie aux troubles digestifs dont souffrent presque tous les coquelucheux.

Comme traitement, on donnait de l'antipyrine à laquelle on associait la digitale quand le cœur paraissait forcé ou lorsqu'apparaissaient des phénomènes pulmonaires. Dans ces cas compliqués, la digitale exerçait une action vraiment merveilleuse. — *Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance.*

## SYPHILIGRAPHIE

Traitement abortif de la syphilis par l'iode à l'intérieur. (Bourges, 1894.)—Le Dr J.-F. LARTEU préconise à la fois :

1o La cautérisation superficielle du chancre avec la pâte de Vienne :

2o Les frictions mercurielles aux aines ;

3o L'ingestion le matin, *pendant vingt-cinq jours*, de trois à cinq gouttes de teinture d'iode.

Avec ce traitement, dit-il, il " n'a jamais vu survenir d'accidents secondaires."

La teinture d'i. le a été souvent administrée par Fournier, et d'autres médecins sans doute, chez des malades intolérants pour l'iodure. Les résultats n'étaient pas négatifs, bien qu'inférieurs à ceux de l'iodure de potassium.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurg.*

Contribution à l'étiologie de la syphilis tertiaire; influence du traitement mercuriel sur le tertiarisme, par THOMAS MARSCHALKO. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, tirage à part, 1894.)—L'auteur s'est proposé de rechercher si le traitement mercuriel s'adresse uniquement aux symptômes ou s'il a une influence générale sur l'évolution de la maladie. Il passe en revue les opinions émises à ce sujet par les différents syphiligraphes et constate que le plus grand nombre admet l'influence directe du mercure sur le virus syphilitique. Pour que cette influence puisse s'exercer sans restriction, il faut que le traitement soit institué le plus tôt possible.

Ceux qui n'admettent pas la spécificité du traitement mercuriel invoquent comme argument ce fait que beaucoup de malades traités énergiquement ont cependant des accidents tertiaires, tandis que d'autres échappent à ces accidents, bien qu'ayant suivi un traitement insuffisant.

L'action préventive du mercure est cependant confirmée par de nombreuses preuves. Il suffit de constater l'écart énorme qu'il y a entre la mortalité des enfants entachés d'hérédosyphilis quand les parents ont été traités ou quand ils n'ont été soumis à aucun traitement (59 0/0 dans le premier cas, 3 % dans le second, statistique de Fournier).

Une autre preuve est la fréquence de cas de tertiarisme chez les syphilitiques non traités.

Les statistiques de tous les pays établissent que le plus grand nombre des cas de syphilis tertiaires appartiennent aux syphilis qui n'ont pas été traitées ou n'ont été traitées qu'insuffisamment au

début de l'infection : aussi Fournier constate que sur 100 cas de syphilis cérébrale, 5 fois seulement un traitement avait été institué au début de la syphilis et suivi pendant un temps suffisamment long.

La statistique de Marschalko est la suivante : syphilitiques tertiaires ayant suivi un traitement convenable (traitement intermittent) : 1,3 0.0. syphilitiques tertiaires traitées insuffisamment ou n'ayant jamais été traitées 98,7 0.0. On voit que cette statistique se rapproche sensiblement de celle de Fournier et confirme une fois de plus l'influence préventive du traitement mercuriel.

Alors même que les malades traités au début n'échappent pas aux accidents tertiaires ultérieurs, ceux-ci du moins surviennent beaucoup plus tardivement que chez les syphilitiques vierges de tout traitement. Sur 12 malades, traités au début, l'intervalle minimum de temps qui s'est écoulé entre l'apparition du chancre et celle des symptômes tertiaires a été de neuf ans et le maximum trente-quatre ans, tandis que chez 63 malades vierges de tout traitement, Fournier a constaté 53 fois des accidents tertiaires dans les dix premières années, le maximum des accidents ayant été observé entre la deuxième et la quatrième année (24 cas).

L'iodure de potassium n'a pas l'influence préventive du mercure ; sur 53 malades ayant eu des antécédents tertiaires, 10 avaient été traités au début avec le mercure, 21 avec l'iodure, et 22 n'avaient pas été traités : on voit que les antécédents sont survenus avec autant de fréquence chez les malades traités par l'iodure que chez ceux qui n'avaient suivi aucun traitement (Marschalko).—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*.

**Traitement de la syphilis oculaire tertiaire.**—A la Société de dermatologie, M. Galezowski a fait entendre de judicieuses observations, que je veux reproduire textuellement à cause de leur grande importance pratique. Il s'agit du traitement de la syphilis oculaire tertiaire. "Je me vois obligé, déclare le savant spécialiste, de m'écarter de l'opinion généralement admise, que les affections syphilitiques tertiaires doivent être traitées plus particulièrement par l'iodure de potassium à hautes doses. En effet, une expérience de plus de quinze années m'a convaincu que l'iodure n'a aucune prise sur les choroides syphilitiques, car après avoir employé infructueusement pendant deux ou trois ans l'iodure de potassium à fortes doses, j'ai dû recourir aux frictions mercurielles, faites selon mon système, sur les différentes jointures, à la dose de 2 grammes par jour, pendant deux années consécutives, et grâce à ces frictions j'ai obtenu la guérison.

J'emploie aussi, dans certains cas, l'iodure de potassium, et je lui reconnais, comme mes confrères, une action curative importante. Mais cette action, selon moi, n'est qu'éliminatrice du mercure, lorsque l'intoxication mercurielle prend trop d'extension, et nous empê-

che de continuer le traitement. Dès que les symptômes d'empoisonnement se trouvent atténués par l'effet de l'iodure, je fais reprendre les frictions, qui, je le répète, doivent être continuées pendant deux ans consécutifs.

Pour me résumer, je reviendrai sur le point que je regarde comme le plus important de cette communication : c'est qu'il ne faut pas se contenter de traiter les symptômes de la syphilis tertiaire, tels que mydriase, ptosis, diplopie, paralysie de l'accommodation, etc., mais qu'il est indispensable d'ériger en principe que dès les débuts des accidents tertiaires de l'œil, il faut instituer le traitement de deux ans par les frictions mercurielles.

C'est ainsi, et *ainsi seulement*, que l'on parviendra à agir à temps sur les accidents ataxiques de l'œil et du nerf optique."—*Dr E. Monin in Mouvement Thérap. et Méd.*

**Réinfection syphilitique.**—M. ERAUD présente à la Société nationale de médecine de Lyon un malade qui vient d'avoir la syphilis pour la deuxième fois. Il s'agit d'un homme âgé de 36 ans, doreur sur bois, bien constitué, mais à habitudes et surtout antécédents alcooliques. En 1878, soit l'âge de 20 ans, il a eu un chancre du frein, suivi de plaques muqueuses pour lesquelles il aurait fait un séjour de trois semaines à l'Antiquaille, dans le service de M. Horand. Depuis sa sortie de l'hôpital, traitement irrégulier presque nul. Un an environ après le traitement initial, dans le cours de son service militaire, il fit un séjour de près de deux mois à l'hôpital Saint-Mandrier, près Toulon, pour accidents syphilitiques, notamment une gomme du mollet gauche, qui s'abcéda et qui a laissé une cicatrice indélébile. D'après le docteur Geoffroy, médecin actuel de Saint-Mandrier, qui a bien voulu communiquer les documents inscrits sur les registres d'alors, ce malade aurait été soumis à la liqueur de Van Swieten, plus d'accidents, lorsque le 17 juillet dernier, il se montra porteur d'un chancre largement ulcéré, fortement induré dans la rainure, près du filet, avec double pléiade inguinale et roséole confluente, maculo-papuleuse. A cette éruption ont succédé les plaques muqueuses, à la langue, aux lèvres, aux amygdales, à l'anus même.

Quant à l'origine et à l'incubation du chancre, il est difficile de les préciser, d'autant plus que le malade, marié depuis douze ans, affirme n'avoir jamais eu de rapports avec une femme autre que sa femme. Il convient d'ajouter que cette dernière est atteinte de syphilides vulvaires, amygdaliennes, etc., dont l'apparition paraît être notablement antérieure à la syphilis du mari.

Cette observation semble donc probante en faveur d'une réinfection, car, pour qu'on puisse affirmer cette dernière, il faut qu'on ait observé chez le même malade : 1° un chancre induré avec pléiade inguinale, avec roséole, accidents secondaires ; 2° un silence complet d'accidents secondaires ou même d'accidents tertiaires ; 3° un nouveau



chancre induré, survenu après un coit suspect, accompagné d'adéno-pathie caractéristique, céphalée, plaques muqueuses.

Or, les deux premières conditions ont été remplies, puisque les divers accidents syphilitiques (secondaires et tertiaires même) ont été diagnostiqués par plusieurs observateurs compétents. Quant à la troisième condition, elle existe d'une façon indubitable puisque après un silence d'accidents de près de quinze ans est survenu un nouveau chancre induré avec pléiade inguinale double indolente, suivi des accidents secondaires caractéristiques à l'évolution desquels on assiste aujourd'hui. (*Gaz des sc. médicales de Bordeaux.—La France Méd.*)

**Hérédo-Syphilis des nouveau-nés.**—On sait que tout nouveau-né perd de son poids après sa naissance et que vers le dixième jour, quelquefois plus tôt, il en est revenu à son poids initial. A partir de ce moment, il gagne 25 à 30 grammes par jour.

Si l'enfant est entaché d'hérédo-syphilis, il perd, pendant les quatre premiers jours de sa naissance, 100 grammes chaque jour. Toutefois, il arrive que l'influence nocive de l'imprégnation vérolique ne se fasse sentir qu'au bout d'une dizaine de jours.

Dans ces conditions, le poids de l'enfant, au lieu d'augmenter, reste stationnaire, c'est-à-dire que la courbe alimentaire devient presque horizontale.

Ainsi donc, quand on constate, chez un nouveau-né normalement allaité, un dépérissement rapide, sans qu'il y ait des troubles morbides susceptibles de l'expliquer, on est autorisé, d'après ce que prétend, dans une thèse intéressante, le Dr Pouzol, à soupçonner l'hérédo-syphilis, et l'examen de la mère de l'enfant s'impose. On se renseignera sur les antécédents de celle-ci. Il peut arriver que l'on ne soit pas suffisamment édifié après cet examen. Néanmoins, en l'absence de toute preuve positive d'accidents spécifiques chez les parents, on ne doit pas hésiter à soumettre les enfants, dont la courbe alimentaire est caractéristique, au traitement mercuriel.

En quoi consistera ce traitement? En frictions d'onguent mercuriel double fraîchement préparé, à la dose de 1 gramme par jour.

On commence par bien savonner la partie sur laquelle la friction doit être opérée, puis, après l'avoir soigneusement séchée, on frotte pendant quelques minutes. Le lendemain, on fait une friction du même genre sur un autre point du corps.

On donne aussi la liqueur de Van Swieten, à la dose de XX gouttes par jour, dans du lait. Les doses peuvent s'élever à XXX, XL et même LXXX gouttes: bref, jusqu'à ce que l'on ait atteint la quantité efficace, ce que l'on reconnaîtra par la modification sensible qui apparaîtra dans la courbe alimentaire. (*Journal d'accouchements de Liège*).—*France Médical*.

Les poèmes à faire sont toujours les plus beaux.

## FORMULAIRE

1.—**Diarrhée.**—Prof. WM THOMSON.

P.—Acétate de plomb.....	16 grains.
Camphre pulvérisé.....	12 grains.
Poudre d'opium.....	3 grains.
Sous-carbonate de bismuth.....	12 grains.
Extrait de gentiane.....	gr. q. s.

M.—Diviser en 12 pilules.

*Dose* : Une pilule toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant la gravité de la maladie.

2.—**Tonique.**—WM GOODELL.

P.—Sublimé corrosif.....	de 1 à 2 grains.
Liqueur de chlorure d'arsenic.....	1 drachme.
Acide muriatique dilué.....	} ââ 2 drachmes.
Teinture de chlorure de fer.....	
Sirop de gingembre.....	2 onces.
Eau.....	q. s. pour 6 onces.

M.—*Dose* : Deux grammes après chaque repas.

3.—**Hémorroïdes.**—Prof. H. A. HARE.

P.—Acide gallique.....	10 grains.
Extrait d'opium.....	4 grains.
Extrait de belladone.....	5 grains.
Onguent simple.....	4 drachmes.

M.—Appliquer localement matin et soir.—*College and Clinical Record.*

4.—**Tuberculose pulmonaire.**—DR SARACCO.

P.—Créosote pure de hêtre.....	5 grammes.
Alcool rectifié.....	500 “
Glycérine pure.....	250 “
Chloroforme.....	20 “
Essence de menthe.....	8 “

M.—Agiter chaque fois avant de s'en servir.

Toutes les trois heures, pendant le jour, la malade doit prendre une cuillerée à bouche de ce mélange, dans un demi-verre d'eau sucrée.

Le danger de nos démocraties est la contradiction entre nos maximes et nos mœurs.

ETIENNE LAMY.

La fortune vient quelquefois en dormant, jamais en rêvant.

G. M. VALTOUR.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Propriétaire et Administrateur : - - DR A. LAMARCHE.*

*Rédacteur en-chef : D H. E. DESROSIERS*

MONTREAL, A. RIL 1895.

## BULLETIN

Le onzième Congrès International des sciences médicales tenu à Rome  
du 25 mars au 5 avril 1894.

M. SEVERFANU, de Bucharest, dit qu'il y a environ une dizaine d'années, il a dû amputer deux fois de suite la jambe d'un individu pour une gangrène du pied, et chaque fois il a vu les lambeaux se mortifier. C'est alors qu'il a conçu l'idée, en pareil cas, de désoblitérer par une sonde, les branches de bifurcation de l'artère poplitée, lorsqu'on ne perçoit plus les battements que très haut. Il a employé ce procédé pour la première fois chez un homme âgé de cinquante ans, atteint de gangrène du pied consécutive à une embolie cardiaque. L'artère ne battait que très haut; l'amputation était absolument indiquée et, pour avoir des chances de succès, il devait la pratiquer à l'extrémité inférieure de la cuisse. Il a cependant fait l'amputation de la jambe au lieu d'élection après avoir préparé d'avance des sondes de gomme bien aseptisées, qu'il a pu introduire dans la lumière des artères en exécutant des mouvements de va-et-vient jusqu'à ce que le sang commençât à couler; lorsqu'il retira la sonde, l'ondée sanguine fit sortir des caillots de sang cylindriques et le cours du sang se rétablit. A la suite de cette manœuvre, les lambeaux ne se sont pas gangrenés et il a obtenu la réunion par première intention. Depuis, dans des cas semblables, il a toujours pratiqué le cathétérisme des artères et s'en est constamment bien trouvé.

M. DEMOS, de Paris, s'exprime comme suit: "Les rétentions d'urine chez les prostatiques sont en général justifiables du cathétérisme. Mais dans des cas déterminés il est indiqué de livrer le passage à l'urine par une voie artificielle. On peut ranger ces indications sous trois chefs: le cathétérisme est ou impossible, ou insuffisant, ou dangereux. L'impossibilité tient à des obstacles matériels permanents ou à des congestions passagères; ici l'indication est absolue. Le cathétérisme est insuffisant lorsqu'il ne procure au malade qu'un soulagement incomplet, lorsque des mucosités ou du sang empêchent

le libre écoulement de l'urine, enfin lorsqu'il existe un état douloureux ou une cystite qui bien souvent ne cessent que lorsque la vessie est largement ouverte. Les dangers du cathétérisme peuvent provenir de l'urèthre s'il existe des saignements répétés et un état douloureux et inflammatoire, mais surtout de la vessie lorsque la rétention s'accompagne de distension et d'infection vésicales; toujours en pareil cas, les reins participent à l'infection et les premiers cathétérismes sont suivis parfois de formidables accidents. Ce danger s'atténue d'ailleurs assez rapidement. Dans tous ces cas, qu'ils soient d'urgence ou autres, l'évacuation de la vessie par une voie artificielle, sans s'imposer comme une règle générale, rend de grands services, car elle constitue un danger moindre que le cathétérisme et soulage mieux le malade. Quant à la voie à suivre, le périnée est rarement utilisé, et c'est presque toujours à la taille sus pubienne qu'on a recours.

Une fois l'incision faite, doit-on maintenir l'ouverture définitivement béante ou chercher à en obtenir l'occlusion au bout d'un certain temps? M. Poncet, en établissant une cuverture permanente, un méat hypogastrique, a obtenu des résultats encourageants, mais c'est une infirmité qu'on impose au malade; on ne le met pas à l'abri de l'infection ultérieure, et surtout il est beaucoup de cas où le maintien de la fistule n'est pas nécessaire. Quand la vessie est vidée et aseptisée, que le repos de l'organe lui a été assuré pendant un temps suffisant, temps qui se compte toujours par plusieurs mois, nous croyons qu'on peut oblitérer la fistule, bien entendu lorsque l'urèthre permet un libre passage à la sonde, ou lorsque le cathétérisme n'est pas jugé nécessaire. Cette *cystotomie temporaire* nous paraît suffisante pour assurer au malade les bénéfices qu'il peut retirer de la taille et lui éviter une infirmité parfois insupportable. En cas de fistule permanente, le méat hypogastrique fonctionne rarement comme un sphincter; pour assurer l'écoulement de l'urine, il ne faut pas que la sonde fixée à l'ouverture fistuleuse pénètre profondément dans la vessie, elle doit affleurer l'orifice interne; pour cela, nous avons fait construire une sonde de caoutchouc avec une boule terminale semblable à celle de la sonde de Pezzer qui, par un dépôt spécial, se fixe d'elle-même dans la vessie."

M. E. SACCHI, de Gênes, dit qu'il a observé un cas dans lequel, à la suite d'un traumatisme, il a pu réparer, à la voûte crânienne, une perte de substance de 25 centimètres carrés, au moyen de disques ostéo cartilagineux provenant des épiphyses du fémur d'un chien. Ces disques, larges d'un centimètre environ, et d'une épaisseur approximativement égale à celle du crâne, ont été placés sur la dure-mère, comme une mosaïque, avec leur partie cartilagineuse tournée du côté des téguments. Son opéré a parfaitement guéri et ne ressent aucune trace de son opération, qui date de huit mois; on sent au niveau de la perte de substance, un tissu dur, de consistance osseuse.

Après le traumatisme, le malade était devenu ataxique, et présentait des troubles psychiques et moteurs; après l'ablation des fragments qui comprimaient le lobe préfrontal, tous ces troubles ont disparu.

Dans un autre cas où il s'agissait d'un sarcome du frontal, il a réparé après l'ablation du néoplasme, une perte de substance de seize centimètres carrés en se servant du même procédé, qui lui avait donné un semblable succès.

M. PUILLET, de Lyon, s'exprime comme suit: "Malgré les progrès réalisés dans la cure radicale des hernies, l'opinion de P. Segond dirige encore actuellement les chirurgiens, et comme lui on peut conclure que si toutes les méthodes sont capables de tuer, aucune ne met sûrement à l'abri des récidives.

D'autre part, on sait que parmi les hernieux opérés avec succès, le plus grand nombre est resté astreint à l'obligation de porter un bandage.

C'est pourquoi j'ai dû avoir ce double objectif: 1<sup>o</sup> donner aux opérés une sécurité complète par l'innocuité de l'intervention; 2<sup>o</sup> atteindre une efficacité qui permette de ne pas craindre la récidive et dispense du port de tout appareil.

L'efficacité de la méthode que j'emploie est réelle, puisque chez 42 opérés j'ai pu enlever tout bandage immédiatement. Chez quelques-uns, le traitement remonte à quinze et dix-huit mois, et tout me fait espérer un succès définitif. Jusqu'ici j'ai eu trois récidives, deux chez des malades déjà opérés antérieurement et où je n'ai pu tailler un lambeau suffisant, et la troisième au début de mes opérations.

Quant à l'innocuité de l'intervention, l'opération que je propose est, je crois, supérieure à ce que l'on a fait jusqu'ici.

On ne craint pas de voir survenir des accidents, car à aucun moment, la cavité péritonéale ne communique pas avec le champ opératoire. Ma méthode ne nécessite pas l'excision du sac, et lors que je suis conduit à le faire par suite d'adhérences épiploïques, de l'étroitesse du collet, etc., la ligature du sac est exécutée hors de l'orifice du canal inguinal, *que je n'incise jamais*. L'opération reste donc, pour ainsi dire, extra-péritonéale.

Après dissection du sac et déduction des viscères herniés, je fais la dissection et la toilette des deux piliers et du bord de l'orifice externe du canal inguinal. Je mets complètement à nu la bandelette aponévrotique nacrée qui sert de tendon d'insertion au premier adducteur superficiel.

Le bistouri est glissé à plat sous cette bande fibreuse que l'on sectionne à 3 ou 4 centimètres de son insertion au pubis. Ce tendon devient l'extrémité libre d'un lambeau qu'on finit par séparer avec la rugine tranchante, en laissant à sa face profonde toute la masse de tissu fibreux qui recouvre le pubis. Cet os est dénudé dans une étendue verticale de 2 centimètres, et transversalement depuis la

ligue de la symphyse pubienne, jusque et y compris l'épine du pubis qui est ainsi déshabillée. On ménage avec soin la large insertion de ce lambeau au bord libre du pubis et on relève ce lambeau contre l'orifice externe du canal inguinal en le faisant passer sous le cordon.

Les bords du lambeau sont suturés aux piliers par du catgut.

Son extrémité libre est divisée en deux ou trois chefs qu'on passe de dedans en dehors, à travers le bord de l'orifice, comme on le ferait pour de petites courroies qu'on vient rabattre en avant. Quelques points de catgut fixent le tout en place, puis on fait la suture.

On a dit que l'âge avancé est une contre-indication de la cure radicale, que l'on déconseille après quarante ans.

Il n'en est rien avec cette nouvelle opération : plusieurs de mes opérés ont soixante et dix et soixante-quinze ans : pourvu que l'état général permette l'anesthésie, on peut opérer."

M. J. BERRUETO, de Madrid, dit que lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste hydatique qui contient un liquide clair et transparent, nous recommandons, après l'évacuation du tiers au moins de son contenu, de faire dans la poche une injection de solution de nitrate d'argent de 1 à 5 , en quantité à peu près égale au tiers du liquide kystique que l'on a extrait. Le nitrate d'argent, en précipitant l'excès de chlorure de sodium contenu dans le liquide kystiques modifie le milieu et agit probablement comme parasiticide ; en tout cas il favorise la résorption du liquide, qui disparaît en vingt-quatre heures.

M. F. VILLAR, de Bordeaux, s'exprime comme suit : "J'ai eu l'occasion de pratiquer la laparotomie exploratrice chez six malades. Dans un premier cas, chez un jeune homme de dix-huit ans, je trouvai une énorme tumeur maligne englobant l'aorte et je dus refermer le ventre : le malade mourut plus tard de cachexie cancéreuse. La laparotomie fut pratiquée dans un autre cas, pour une tumeur du foie dont le diagnostic pouvait hésiter entre un kyste hydatique et un cancer ; nous trouvâmes de la tuberculose du foie : la mort survint deux mois et demi plus tard. Ma troisième observation est celle d'une femme de trente et un ans, presque cachectique, chez laquelle l'ouverture de l'abdomen me permit de constater l'existence d'une masse volumineuse péri-utérine, à laquelle je ne touchai pas : il y a un ans et demi, et mon opérée est parfaitement guérie. Chez une malade de trente-huit ans, présentant une énorme tumeur abdominale de mauvaise nature, la laparotomie exploratrice a été suivie d'une disparition presque complète de la tumeur qui, ensuite, a augmentée de nouveau. Dans un cinquième cas, chez une femme de cinquante-quatre ans, atteinte d'une tumeur du foie avec ascite considérable, la laparotomie exploratrice a eu pour résultat, la sup-

pression de l'ascite qui n'a reparu que trois mois plus tard en faible quantité ; la malade est morte neuf mois après l'opération, de broncho-pneumonie. Enfin ma sixième malade avait un sarcome généralisé du péritoine, avec ascite considérable ; l'ascite ne s'est reproduite qu'un certain temps après la laparotomie. J'ai donc obtenu deux résultats nuls, deux améliorations passagères, une amélioration véritable et enfin une guérison complète. J'en conclus que la laparotomie exploratrice se trouve indiquée pour combattre l'ascite et favoriser la régression de certaines tumeurs malignes."

M. REGINALD HARRISON, de Londres, dit ce qui suit : "J'ai fait 400 fois l'opération de la pierre chez l'homme, en employant presque toutes les méthodes opératoires. La lithotritie occupe une place prédominante dans ma statistique, mais cependant les tailles latérales, médianes et sus-pubiennes y sont largement représentées.

Pour les 100 derniers cas, le nombre des morts est seulement de 5 %, et l'on peut considérer ce résultat comme la conséquence des grands progrès résultant des travaux de Bigelow, Thompson, Guyon, etc., auxquels nous sommes redevables des avantages apportés soit dans la méthode de traitement soit dans son application.

Dans la lithotritie périnéale, telle que je la pratique, une ouverture médiane est faite au périnée sur la partie membraneuse de l'urèthre jusqu'au sommet de la prostate. Au moyen d'un forceps présentant la forme des valves d'un lithotriteur et dont la circonférence n'excède pas celle d'un doigt ordinaire, on peut obtenir assez de puissance pour broyer et évacuer n'importe quelle pierre, qui peut facilement être saisie par cette voie.

Cette opération permet de broyer et d'évacuer des pierres volumineuses en peu de temps, elle présente peu de risques pour la vie du malade en comparaison de la taille latérale, ou hypogastrique et convient aux sujets âgés ou débilités, elle permet le lavage de la vessie plus efficacement que par la voie uréthrale, la voie étant plus courte et les cathéters évacuateurs d'un plus fort calibre ; enfin on peut, avec cette incision, s'assurer par l'exploration directe qu'il ne reste plus de débris dans la vessie. En plaçant un tube à drainage on guérira ou on améliorera tout au moins, d'une façon certaine, les cystites dues à la rétention d'urine dans les poches ou les dépressions des parois vésicales."

M. A. MONLONGUET, d'Amiens, dit qu'il est remarquable de voir que les chirurgiens d'une autre époque savaient couramment le sac herniaire, dans les hernies étranglées, sans que leurs malades mourussent de péritonite, alors qu'ils se seraient bien gardés de toucher à toute partie du péritoine. D'autre part les chirurgiens actuels, qui, journellement, font sans danger, des laparotomies, perdent parfois de péritonite, leurs opérés de hernie étranglée. Ce

fait prouve que l'acte opératoire a bien peu d'importance dans le développement de l'infection et que la péritonite évolue en dehors de l'intervention. Elle lui est habituellement antérieure. Il est possible de la reconnaître soit avant l'opération, soit surtout pendant la kélotomie, et le pronostic heureux ou malheureux (mettant de côté les lésions de l'intestin hernié) peut être de cette constatation.

Dans les cures radicales de hernie simple, il faut faire dans de mauvaises conditions d'antiseptie, des chirurgiens ont vu évoluer des infections opératoires se traduisant par des phlegmons de bourses, des funiculites suppurées, des phlegmons des parois abdominales sans qu'il y eut trace de péritonite.

Ces deux ordres de faits montre que le sac herniaire offre moins de prise que le reste de la séreuse abdominale à l'infection opératoire ou que la propagation de l'infection du sac à la grande séreuse ne se fait point facilement.

On peut expliquer ce phénomène en considérant que la partie du péritoine qui enveloppe la hernie et forme le sac est soumise à des traumatismes, à des frottements habituels qui modifient sa vitalité et amènent des inflammations passant souvent inaperçues. Il n'y a plus identité de structure intime entre le sac et le reste du péritoine ; de là, différence de réaction à l'égard de l'infection ; de là, difficulté de la propagation inflammatoire de la portion extrapariétale à la portion intrapariétale du péritoine.

M. MÉNARD, de Berck-sur-mer, dit ce qui suit : Après nous être rendu compte, chez deux malades atteints de paraplégie due à un mal de Pott dorsal, de l'inefficacité de la laminectomie, nous avons, en pratiquant la même opération chez un troisième paraplégique, ouvert incidemment un abcès tuberculeux provenant des corps vertébraux, et dans ce cas la paraplégie a guéri rapidement. Nous avons renoncé à découvrir désormais la moelle dans le canal rachidien et nous avons été conduit au contraire à pratiquer l'ouverture directe du foyer tuberculeux des corps vertébraux chez deux malades, âgés de neuf ans et de dix ans et demi, atteints de mal de Pott dorsal avec gibbosité et paraplégie complète remontant à plusieurs mois. A l'abolition des mouvements volontaires s'ajoutaient des contractures et une anesthésie presque totale. Le soir même de l'opération, les mouvements volontaires et la sensibilité avaient déjà reparu à un faible degré, et, après quatre à cinq jours, la sensibilité était vive sous ses trois formes principales : toucher, piqure, chaleur. Trois semaines plus tard, les malades pouvaient se tenir debout et commençaient à marcher. Actuellement la guérison de la paraplégie peut être considérée comme définitive.

M. R. SOREL, du Havre, dit que la suture totale de la vessie doit être la méthode de choix pour terminer la taille hypogastrique, le



drainage par les tubes-siphons l'exception. La suture sera seulement contre-indiquée dans les cas où l'on craindra des hémorragies intra-vésicales.

La suture de la vessie se fait par un premier plan qui traverse les deux tranches de la paroi et par un second plan à la Lembert. On doit placer à l'angle inférieur de la plaie une mèche aseptique ou antiseptique. L'emploi de la sonde à demeure est toujours recommandable ; on ne peut s'en passer que lorsqu'on a affaire à une vessie et à un canal sain, et encore seulement si le malade peut être soumis à une surveillance intelligente et attentive.

M. LOUVEAU, de Bordeaux, dit que l'hypospadias balanique présente trois grands types correspondant aux trois principales étapes parcourues par le développement de l'urèthre balanique. Dans le premier type, il y a persistance du *mur* balanique imperforé ; dans le deuxième type, il y a persistance de la *gouttière* balanique restée ouverte ; enfin, le troisième type correspond au *canal* balanique formé mais frappe d'anomalie. Chacun de ces types comprend à son tour un certain nombre de variétés dont la clinique démontre l'existence et dont les données embryologiques actuelles nous fournissent aisément l'explication.

Des images ! c'est ce que l'enfant demande avant d'être homme, et c'est ce qui reste à l'homme avant de mourir.

I. CLARETIE.

On disait à un cuisinier encore jeune, mais déjà chauve :

« C'est bien triste à votre âge d'avoir perdu tous vos cheveux !

—Perdus !. . On les a tous mangés, monsieur ! »

\*  
\* \*

Au restaurant :

Un client trouve un cheveu énorme dans son potage.

Furieux, il fait appeler le restaurateur.

Le bonhomme arrive, mais ôtant sa casquette, il découvre le genou le plus parfait du monde.

Alors le client, désarmé :

—C'est donc votre dernier.

\*  
\* \*

Examens de baccalauréat :

—Voulez-vous me dire, demande l'examinateur, qu'elle fut la grande préoccupation de Charles-le Chauve ?

—Dame ! reprend Pélève, ce devait être l'ennui de ne pas avoir de cheveux !

### A travers la thérapeutique

M. HILDEBRANDT fait remarquer que depuis quelque temps on cherche à annihiler les effets désagréables qui accompagnent l'action principale et efficace d'un médicament donné, en combinant ce dernier avec une autre substance, et cite par exemple Langlois et Maurange qui recommandent d'injecter 4 à 5 centigrammes de sparteïne avant la chloroformisation, dans le but de s'opposer aux effets dépressifs que l'anesthésique produit sur l'activité cardiaque.

LEHILLING, de son côté, pour combattre l'hyperémie cérébrale et auriculaire provoquée par l'acide salicylique, associe ce dernier au seigle ergoté.

HILDEBRANDT voudrait surtout arriver à exalter l'action thérapeutique d'un médicament par des mélanges appropriés avec d'autres substances utilisées en pharmacologie. Des essais de ce genre ont déjà été tentés : le phénosalyl est certainement une substance plus efficace comme antiseptique que chacun des corps qui entrent dans sa combinaison, et l'on prescrit couramment, de nos jours, une combinaison médicamenteuse antinévralgique, contenant deux parties de phénacétine pour une de caféine ; la migrainine d'Overlach enfin, mélange d'antipyrine avec 10 o/o de caféine et un peu d'acide citrique est un véritable spécifique de la migraine, d'une action beaucoup plus sûre que l'antipyrine seule. Des expériences sur les animaux ont démontré à l'auteur que les effets de l'antipyrine sont beaucoup plus marqués quand le sujet absorbe cette dernière sous forme de migrainine que quand il l'absorbe sous forme d'antipyrine.

L'addition de caféine à la phénacétine exalte l'action de cette dernière de 20 o/o environ, ainsi que d'autres expériences le démontrèrent.

L'addition de caféine à l'hydrate de chloral atténue et retarde l'effet produit par ce dernier. Si l'on répète cette expérience en remplaçant le chloral par le trional, on observe une atténuation, mais pas de retard de l'action hypnotique. Le chloral annihile l'action de la strychnine, rien de semblable ne s'observe avec le groupe des disulfones (sulfonal, trional, tétronal). L'addition de petites doses de strychnine au chloral retarde l'action hypnotique de celui-ci, tandis que la même addition d'alcaloïde au trional accélère au contraire l'apparition des phénomènes hypnotiques.

M. LE DR CARENAVE DE LA ROCHE dit que : "Ce qui suit n'est suggéré par le fait clinique suivant, dont l'authenticité n'est garantie par celui qui en fait le sujet lui-même.

“ Un de mes anciens condisciples, praticien distingué, bien qu'exerçant à la campagne, m'écrivait naguère qu'après avoir été diabétique (gras) pendant plusieurs années, et avoir essayé toutes les médications successivement préconisées, sans en obtenir que des améliorations passagères, il avait été radicalement guéri de sa maladie, par l'usage du phosphore, à des doses infinitésimales (0,001 milligramme) matin et soir, pendant plusieurs mois. Il ajoutait que le sucre n'avait pas reparu dans les urines depuis un an.”

Toute isolée que soit cette observation, elle m'a paru présenter un double intérêt pratique ; d'abord par l'importance du résultat de ce médicament non encore employé, du moins à ma connaissance ; et en second lieu par la lumière qu'elle jette sur la pathologie, jusqu'à ce jour bien obscure, de la dystrophie diabétique. Or n'est ce pas sur la cause réelle du diabète et sur le véritable mode de traitement que planent l'incertitude et le désaccord des pathologistes.

Il suffit de jeter un regard rétrospectif sur la liste, aussi longue qu'hétérogène, des médicaments tour à tour prônés par la pharmacopée indigène et étrangère, pour se faire une juste idée du désarroi. Du reste, sans critérium pathogénique, la thérapeutique est fatalement exposée à faire fausse route et à battre les buissons.

Par son action anti-diabétique, le phosphore me paraît, dans le cas actuel, devoir mettre sur la voie.

En effet, Claude Bernard ne nous a-t-il pas expérimentalement démontré qu'en excitant le bout central du pneumogastrique, on pouvait produire, à volonté, la glycosurie ? En outre, Frerichs, Eckharde, Kulz ne nous citent-ils pas des cas de glycosurie, déterminés par une lésion du 4<sup>e</sup> ventricule, ou par une méningite ? Se fondant sur ces faits, on peut donc déjà établir en principe que le diabète, dans notre observation, procédait d'une lésion des nerfs vagues, et vu la profession du sujet, par double surmenage moral et musculaire. Du reste, la glycosurie nerveuse n'est-elle pas plus fréquente que la glycosurie hépatique ? Pour ma part, le fait n'est pas douteux. De son côté le phosphore est un puissant modificateur du système nerveux. La matière médicale possède-t-elle un agent dynamique plus direct, dans le traitement des lésions du système cérébro-spinal ? Or pourquoi ne pas attribuer la guérison du diabète de notre confrère à l'action thérapeutique du phosphore ?

La toxicologie viendrait, à son tour, déposer en faveur de cette donnée thérapeutique : Frerichs et l'école Allemande ont constaté que dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, la glycosurie n'avait jamais été mentionnée, du moins, très rarement. Le phosphore agirait-il, en ce cas, comme antiglycogénésique absolu ou comme modérateur de la sécrétion glycogénique arrêtée dans son cours ? Autant de questions qu'il appartient à la physiologie expéri-

mentale de résoudre et qui ne sauraient en aucune façon infirmer la portée de l'indication thérapeutique objet de cette note.

Dans une époque où les maladies par ralentissement des échanges nutritifs dominent, toute contribution à l'étude de leurs variétés morbides a quelque droit à être prise en considération.

## BIBLIOGRAPHIE

FINGER. — **La Syphilis et les Maladies Vénériennes**, par le Dr Ernest Finger, professeur à la Faculté de Médecine de Vienne, traduction d'après la troisième édition allemande avec notes, par MM. Adrien Doyon, correspondant de l'Académie de Médecine. Médecin inspecteur des eaux d'Uriage, et Paul Spillmann, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de Médecine.

(1 fort vol. grand in-8° avec 5 planches en chromo-lithographie hors texte, 12 fr. — Félix Alcan éditeur).

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et précise, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines viennoises et un tableau complet de tous les traitements appliqués à la blennorrhagie, au chancre simple et à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne pourra qu'être utile aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses affections. M. le Dr Dinuner, agrégé, chargé du cours d'ophtalmologie à l'Université de Vienne, a décrit toutes les affections oculaires qui relèvent de la blennorrhagie et de la syphilis. Les éditions multiples de l'ouvrage du Professeur Finger et les traductions de son livre en anglais et en italien suffisent à montrer la réelle valeur de ce traité.

Les annotations de MM. Doyon et Spillman ont pour but de mettre en relief les théories et les méthodes françaises. Leur compétence bien connue dans ces questions leur permettait de le faire avec autorité. Félix Alcan, éditeur, 108 Boulevard St Germain, Paris, France.

SIMON. — **Manuel de percussion et d'auscultation**, par le Dr Paul Simon, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. (1 vol. in-12, cart. à l'anglaise, avec gravures, 4 fr.)

Ce volume est le résumé des leçons professées par l'auteur. On y trouvera une classification rationnelle des phénomènes physiques qui se rapportent à la percussion et à l'auscultation, en même temps qu'un essai d'interprétation de certains faits mal connus, basé sur les lois de l'acoustique, sur l'anatomie pathologique et sur l'expérimen-

tation. Ce manuel sera particulièrement utile aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants en médecine. Félix Alcan, éditeur, 108 Boulevard St Germain, Paris, France.

**LEJARS.**—**Leçons de Chirurgie** (La Pitié, 1893-1894), par le Dr FÉLIX LEJARS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol, in-8o avec 128 figures dans le texte, 16 fr. G. Masson, éditeur, 120 Boul. St Germain.

Ce livre renferme 47 leçons groupées de la façon suivante : *Pathologie générale* (7 leçons); *Chirurgie des membres* (19 leçons); *Tête et cou* (3 leçons); *Tube digestif* (3 leçons); *Organe génito-urinaires* (7 leçons); *Gynécologie* (8 leçons).

Sous cette forme de leçons cliniques, l'auteur soulève et discute, en s'appuyant sur des exemples, une série de questions intéressantes de chirurgie pratique.

Une bonne partie de ces études sont consacrées à la *chirurgie réparatrice*; les sutures osseuses, le traitement des luxations anciennes de l'épaule et du coude, les ankyloses du coude et du genou, des fractures anciennes du col du fémur, le genu varum, les cals vicieux de la jambe et leur réfection opératoire, le pied plat valgus douloureux invétéré et les différentes opérations qui lui sont applicables; tels sont les principaux sujets successivement passés en revue. De nombreux dessins, des photographies représentant l'état des opérés avant et après l'intervention, permettent de suivre les descriptions et de comprendre sans peine les détails techniques.

Nous citerons dans le même ordre d'idées, les leçons, sur les greffes d'Ollier-Thiersch, sur la conicité physiologique des moignons, sur la cure radicale des hémorroïdes, sur la cure opératoire des fistules recto-uréthrales, etc.

La chirurgie des *organes génito-urinaires* et la *gynécologie* figurent dans le volume pour 15 leçons. On y trouvera en particulier l'exposé d'une question fort débattue en ces derniers temps, celle de la cystotomie sus-pubienne, de ses indications et de sa technique. La prolapsus utérin, ses premières étapes, ses étapes ultimes et l'hystérectomie vaginale appliquée aux formes invétérées et incoercibles: la maladies annexielle et ses différents types, l'hystérectomie dans les annexites doubles, le traitement opératoire des fibromes utérins, les polypes de l'utérus, les tumeurs uréthrales et péri-uréthrales chez la femme, représentent les principaux chapitres abordés de gynécologie. Trois tableaux résument les laparotomies et les hystérectomies pratiquées dans l'année.

Un sommaire précède chaque leçon; un index alphabétique détaillé termine le volume, conçu dans un esprit essentiellement pratique, et avec le souci constant de la précision et de la méthode

WURTZ. — **Précis de Bactériologie Clinique**, par le Docteur R. WURTZ, chef du Laboratoire de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine. 1 volume in-16 diamant, avec figures dans le texte. . . . . 6 fr.

Ce manuel, destiné à ceux qui désirent mettre à profit les méthodes nouvelles introduites en médecine par la bactériologie, est divisé en trois parties.

I. Description du matériel et des méthodes à employer pour prélever les produits pathologiques. — Étude du sang et du pus. — II. Manifestations locales des maladies infectieuses. Leur bactériologie. — III. Bactériologie générale des maladies microbiennes.

Le lecteur y trouvera les détails de technique indispensables, à connaître au lit du malade et à l'amphithéâtre. Néanmoins comme il est souvent commode d'avoir sous la main les principales données relatives aux microbes pathogènes, l'auteur a intercalé au cours du sujet des tableaux synoptiques qui permettent d'identifier les micro-organismes que l'on aura isolés avec les espèces pathogènes connues.

La seconde partie comprend l'étude bactériologique des différentes manifestations locales des maladies infectieuses.

La troisième comprend deux chapitres : dans le premier l'auteur décrit les maladies dont le microbe pathogène est universellement abais dans le second il a réuni les maladies pour lesquelles les résultats des recherches faites pour isoler l'agent causal sont encore contestés ou douteux. G. Masson, éditeur, 120 Boulevard St Germain, Paris, France.

ARTHUS. — **Éléments de Chimie Physiologique**, par Maurice ARTHUS, docteur ès sciences physiques, docteur es-sciences naturelles, préparateur chargé de conférences de physiologie à la Sorbonne. 1 vol. in-16 diamant, avec figures dans le texte. . . . . 4 fr.

Étudiant peut-il trouver aujourd'hui exposé, dans quelque ouvrage, le minimum de notions chimiques qui lui est indispensable ? On peut répondre, sans hésitation : non.

Tantôt, — comme dans les traités de physiologie, — l'auteur suppose connues ces notions chimiques élémentaires ; ou s'il écrit un chapitre de chimie physiologique, il ne prend pas soin d'y grouper tous les faits indispensables à la compréhension des autres parties de son ouvrage.

Tantôt, — comme dans les traités de chimie physiologique écrits par les chimistes, — les notions que doit connaître le physiologiste sont disséminées au milieu de nombreuses autres, qui n'ont d'intérêt que pour les chimistes, sans qu'il soit possible à l'étudiant de reconnaître, dans cet ensemble, l'indispensable et le superflu.

Actuellement, il n'existe pas d'ouvrage qui, intermédiaire aux traités de chimie physiologique et aux traités de physiologie, contienne toutes les notions chimiques et rien que les notions chimiques

*nécessaires à l'étudiant en physiologie.* L'auteur s'est proposé de combler cette lacune. G. Masson, éditeur, 120 Boulevard St Germain, Paris, France.

**BOSSU.**—“**Le petit Compendium médical**” du Dr Antonin Bossu a été accueilli avec faveur par le public et par tous les médecins praticiens, parce qu'il donne sous une forme aussi résumée que possible tous les renseignements de médecine pratique usuelle qui leur sont nécessaires.

La troisième édition de ce petit livre paraît chez l'éditeur Félix Alcan : son format est celui d'un carnet, élégamment cartonné à l'anglaise, que le médecin peut constamment porter sur lui. (1 vol. in 32 de 152 pages, 1 fr. 25, franco par la poste, chez tous les libraires.)

**DELAGÉNIÈRE.**—De la Castration Abdominale Totale dans les Affections Septiques de l'Utérus et des Annexes, par H. Delagénère (du Mans).

**DELAGÉNIÈRE.**—Pathogénie et Traitement de la Cystocèle Inguinale. Une observation par H. Delagénère (du Mans).

**DELAGÉNIÈRE.**—Des Opérations pratiquées sur les Annexes de l'Utérus pendant le cours de la Grossesse. Trois observations, par H. Delagénère (du Mans).

**BAUDOIN.**—L'Hôpital de Prompt Secours de l'Exposition de 1900. Rapport sur un projet d'organisation du service médico-chirurgical de l'exposition de 1900 adressé à M. le Commissaire Général avec six figures dans le texte, par le Dr Marcel Baudouin.

**SOREL ET WIDMAIER.**—De l'organisation d'une Clinique Chirurgicale Privée au Havre par MM. Robert Sorel (du Havre) et O. Widmaier (du Havre).

**PANTALONI.**—Contribution à l'étude de la Chirurgie du Foie. Traitement des abcès Intra Hépatiques, avec quatre figures dans le texte, par le Dr Pantaloni (de Marseille).

**DOR.**—Contribution à l'Étude de la Périostite Albumineuse, des Hyperostoses et des Érostoses Infectieuses, par L. Dor (de Lyon).—Publications des Archives Provinciales de Chirurgie, 14 Boulevard St Germain, Paris, France.

On causait calvitie devant Guibollard :

— C'est étonnant, disait on. Il y a des gens qui sont chauves à vingt cinq ans.

— A vingt-cinq ans, parbleu ! intervient il . Moi, en venant au monde, je n'avais pas un cheveu sur la tête !

\* \* \*

Pensée d'un chauve qui ne peut se consoler de n'avoir plus de cheveux :

“ Pas de plaisir sans *proïgne* ! ”

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Un médecin de Hambourg, accusé d'un délit contre les mœurs, vient de se brûler la cervelle en prison.

— M. le docteur Félix Guyon est nommé préparateur du laboratoire de physique biologique du Collège de France rattaché à l'École pratique des Hautes-Études.

— L'épidémie d'influenza qui sévit à Londres paraît aussi sérieuse que celle de l'année 1892. Pendant la semaine dernière, 952 cas ont été constatés. Le personnel des hôpitaux, des postes et télégraphes et en général de toutes les grandes administrations se trouve extraordinairement réduit par suite de cette épidémie. Quelques théâtres sont restés fermés faute d'acteurs.

— Dans l'avant-dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. Proust a fait connaître le résultat de son enquête sur un cas de rage humaine suivi de mort.

Il s'agit d'un homme décédé à l'hôpital Broussais le 22 novembre 1894, après trois jours de maladie et qui avait été mordu, trois mois auparavant, par un chien suspect de rage.

La seule conclusion à tirer de cette observation, dit M. Proust, est que cet homme a succombé à la rage, malgré le traitement qu'il a subi à l'Institut Pasteur. Il y a donc lieu de persévérer plus que jamais dans les mesures de prophylaxie, si souvent formulées par le Conseil, relativement à la surveillance des chiens dans le département de la Seine.

— À Dram, un M. X... ayant loué à M. X... un appartement ou s'était produit un cas de diphtérie, et, peu de temps après l'emménagement, la fille de M. X... ayant succombé à cette maladie, non seulement le locataire n'a pas été tenu de payer le loyer, mais encore le juge a condamné le propriétaire à 1,500 francs de dommages-intérêts en faveur de M. X...

M. ROCHARD, à propos du bilan sanitaire de la ville de Paris pour 1894, constate que la diminution notable de la mortalité générale, laquelle a été inférieure de plus d'un dixième à la moyenne des trois années précédentes, n'a pas porté sur les maladies transmissibles. La fièvre typhoïde, la variole et la ptisie ont au contraire, présenté une élévation assez notable : la diphtérie seule est tombée au dessous de la moyenne, si bien que l'ensemble des décès porte sur les maladies banales et la cause en serait dans l'accroissement rapide de l'émigration estivale qui a pour avantages de rétablir les santés fatiguées et de diminuer momentanément l'encombrement de la ville.



## VARIÉTÉS

## Coquilles de Typographes

Carçons du mamelon pour *gerçures* du mamelon.

Chic gastrique pour *Suc* gastrique.

Sulfate de *graine* pour sulfate de *quinine*.

Un *moyen* situé... pour un *moyau* situé...

*Très inférieur* pour *bis feriens*.

Les *poissons* doivent être éliminés, pour les *poisons*.

Les *usines* sont purulentes, pour les *urines*.

Acide *chronique* pour acide *chromique*.

*Délit* pour *délire*.

Circulation *ruineuse*. pour circulation *veineuse*.

Quantité de *cerveau* épanché, pour quantité de *sérum*.

Obstruer le cours du sang dans la *deuxième porte*, pour le *système porte*.

Prendre comme *lunique*, pour prendre comme *tonique*.

*Antichianhéique* pour *antidiarrhéique*.

On contait, l'autre jour, que le docteur Z., une de nos lumières, commença modestement par être garçon coiffeur.

C'est donc cela, disait une dame présente et naïve, qu'il soigne si bien les bronchites capillaires.

Chez le coiffeur :

—Oui, monsieur, ce client est tellement chauve que, de crainte de courant d'air, il garde son chapeau sur la tête pendant que Gustave lui coupe les cheveux.

Un médecin de campagne nous demande s'il peut enfreindre la loi des licences, vendre et livrer à ses patients, pour des fins de traitement professionnel des liqueurs alcooliques.

Voilà une question qui n'est pas tout à fait de notre compétence mais nous savons toutefois que dans les villes, au moins, les pharmaciens, vendent des liqueurs alcooliques, sur prescription du médecin, mais beaucoup de municipalités ont leur loi particulière à ce sujet, notre correspondant ferait bien de se renseigner auprès des officiers du revenu.

Tout citoyen, quelque soit son rang ou sa dignité doit se soumettre à la loi du pays, et s'il en est une sur laquelle on n'est pas tolérant c'est bien la loi des licences.

## Naissance

CHARLEBOIS.—A Duck Creek, l'épouse de L. A. Charlebois, M. D. autrefois de Iron Mountain, une fille (Marie, Antoinette, Noëlla.)